Niveau(x) d'enseignement: 2 Numéro EDUQ : 8970532
Centre d'intérêt: 260

Lavigne, Nicole.

Les handicaps physiques / [Nicole Lavigne, Normand Ducharme] ; Direction générale du développement pédagogique, Direction de la formation générale, Service de l'adaptation scolaire. -- [Québec] : Ministère de l'éducation, c1983.
70 p. : ill. ; 28 cm. -- (Guide pédagogique / Direction générale du développement pédagogique du Québec. Education préscolaire)

Version anglaise publ. ss le titre : Teaching students with physical disabilities. Code: 16-1520-02A ; 8990-450. Code: 16-1520-02 ; 8283-1061.
Bibliogr.; p. 59-62. Glossaire.

ISBN 2-550-05609-4

Vedette(s)-secondaire(s): Ducharme, Normand • Québec (Province). Service de l'adaptation scolaire • Québec (Province). Direction générale du développement pédagogique

Descripteur(s): Guide pédagogique • Handicapé physique • Education préscolaire • Besoins de l'étudiant • Evaluation de l'étudiant • Intégration scolaire • Rôle de l'enseignant • Services aux handicapés • Enseignement préscolaire

L'objectif de ce guide est d'amener l'éducateur du préscolaire à réévaluer son modèle de compréhension et d'intervention concernant l'enfant handicapé physiquement. La première partie présente les principales caractéristiques des enfants handicapés physiquement et expose les besoins exprimés par ces jeunes. La seconde partie propose à l'éducateur des attitudes à adopter, des principes et une démarche d'intervention. La partie suivante rappelle les objectifs du programme de l'éducation préscolaire concernant l'enfant handicapé puis fait quelques recommandations pour mieux planifier et adapter à cette clientèle les activités au programme. La quatrième partie porte sur l'observation et l'évaluation de l'enfant. La dernière partie souligne l'importance de la concertation des différents responsables de la formation de ces jeunes.

Type de document: d
Notice(s) connexe(s): 8670616, 8470406

LES HANDICAPS PHYSIQUES

ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE

Direction Générale du Développement Pédagogique
Direction de la Formation Générale
Service de l'ADAPTATION SCOLAIRE

Responsables de la rédaction : Nicole Lavigne
Normand Ducharme

Approuvé par les Comités protestant et catholique
du Conseil supérieur de l'éducation
les 28 mai et 29 mai 1982.

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation, 1983

ISBN 2 – 550 – 05609 – 4

Dépôt légal — premier trimestre 1983

TABLE DES MATIÈRES

	Page
AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	5
1. QU'EST-CE QU'UN ENFANT HANDICAPÉ PHYSIQUEMENT ?	7
1.1 En quoi consistent les déficiences physiques ?	10
1.1.1 Les déficiences motrices	10
1.1.2 Les déficiences organiques	11
1.2 Comment une déficience physique devient-elle un handicap ?	11
1.2.1 Sur le plan des activités physiques	11
1.2.2 Sur le plan des activités cognitives	13
1.2.3 Sur le plan affectif et social	14
2. UN MODÈLE ÉDUCATIF	17
2.1 Des principes d'intervention	19
2.2 Les attitudes à adopter	19
2.3 Un plan et une grille d'intervention	20
2.3.1 Les opérations du plan d'intervention	20
2.3.2 L'environnement du préscolaire	20
3. LES INTERVENTIONS	23
3.1 Objectifs du programme de l'éducation préscolaire	25
3.2 Moyens proposés	29
3.2.1 Activités de routine	29
3.2.2 Activités en atelier	32
3.2.3 Problèmes particuliers	36
4. MESURE ET ÉVALUATION	47
4.1 Ce que vous devez connaître de l'enfant	49
4.1.1 Informations préalables	49
4.1.2 Observation	51
4.1.3 Dépistage et évaluation	52
5. LES AGENTS DE L'ÉDUCATION	55

CONCLUSION 59

BIBLIOGRAPHIE 60

VOLUMES SUGGÉRÉS 61

ANNEXE I : DÉVELOPPEMENT MOTEUR DE 0 À 6 ANS 63

ANNEXE 2 : LEXIQUE 69

Personnes qui ont collaboré à la réalisation de ce document 70

AVANT-PROPOS

Dans L'École québécoise, énoncé de politique et plan d'action[1], le ministère de l'Éducation prévoyait trois opérations dont l'objectif était d'aider les différents agents d'éducation à donner aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage une éducation de qualité dans un cadre scolaire le plus normal possible.

Indiquons succinctement les trois opérations prévues pour les élèves handicapés physiques.

La publication à l'automne 1980 d'un document de sensibilisation, pour éveiller l'intérêt de l'ensemble de la population au sujet des handicapés physiques, complétait la première opération prévue[2].

La seconde opération, déjà en voie de réalisation, permettra aux éducateurs de préscolaire et aux enseignants du niveau primaire et secondaire de mieux atteindre les objectifs des différents programmes à l'aide d'un guide d'instrumentation pédagogique.

Le présent guide s'adresse aux éducateurs du préscolaire et sera suivi de deux autres qui s'adresseront aux enseignants des autres niveaux.

Enfin la troisième opération consistera à élaborer un guide d'organisation des services pour les enfants handicapés physiquement. Ce document suggérera aux administrateurs des modèles d'organisation.

Ces documents ne peuvent que répondre partiellement à l'objectif fixé par L'École québécoise, énoncé de politique et plan d'action. Ces outils, sans nul doute, peuvent susciter des actions concrètes, mais ne sauraient remplacer les initiatives prises par les agents de l'éducation.

---

1 Ministère de l'Éducation 1979, «*L'École québécoise, énoncé de politique et plan d'action*». Gouvernement du Québec, 1979, 163 p.

2 Ministère de l'Éducation, Document de sensibilisation, «*L'ENFANT PHYSIQUEMENT HANDICAPÉ A-T-IL SA PLACE À L'ÉCOLE*». Gouvernement du Québec, 37 p. 10-1508.

INTRODUCTION

L'objectif de ce guide pédagogique est d'amener l'éducateur du préscolaire à réévaluer son modèle de compréhension et d'intervention concernant l'enfant handicapé physiquement.

Afin d'atteindre cet objectif, nous avons choisi de regrouper les éléments du contenu de ce guide dans cinq chapitres.

QU'EST-CE QU'UN ENFANT HANDICAPÉ PHYSIQUEMENT ?

Pour pouvoir répondre à cette question, il faut que l'éducateur découvre que les enfants handicapés physiquement se retrouvent dans des situations qui varient considérablement d'un individu à l'autre, qu'il se rende compte que ces déficiences, en plus d'être extrêmement diversifiées, sont perçues différemment par l'enfant et par son entourage. Un enfant peut avoir temporairement de la difficulté à se servir de ses jambes, tandis qu'un autre peut être dans l'impossibilité de parler, de marcher et d'utiliser ses mains.

Nous présentons uniquement les principales caractéristiques des enfants handicapés physiquement, ainsi que les besoins exprimés par ces jeunes. Ce court exposé nous permettra de présenter un modèle d'intervention.

UN MODÈLE ÉDUCATIF

Dans ce deuxième chapitre, le modèle d'intervention suggéré a pour but de répondre à la problématique établie précédemment. Le modèle présenté n'est pas un énoncé de principe, mais sert d'assise à la partie intervention.

LES INTERVENTIONS

Le troisième chapitre suggère différentes activités à proposer au jeune se trouvant au préscolaire.

Nous suggérons également à l'éducateur certaines attitudes à adopter pour répondre aux problèmes rencontrés par l'enfant handicapé physiquement.

MESURE ET ÉVALUATION

Pour qu'une intervention soit efficace, l'éducateur doit avant tout bien connaître celui à qui elle s'adresse. Dans cette quatrième partie du guide, nous parlerons des moyens à mettre en place pour bien saisir les caractéristiques et les besoins de ces jeunes. L'observation et l'évaluation sont précisément les moyens que nous jugeons indispensables pour bien orienter l'intervention.

LES AGENTS DE L'ÉDUCATION

Le dernier chapitre de ce guide est consacré à la concertation des différents responsables de la formation de ces jeunes.

Nous comptons sur les éducateurs pour faire une sélection parmi les moyens proposés. Ils devraient compléter les indications données par ce guide en consultant d'autres documents. Ils peuvent aussi l'enrichir en y ajoutant leurs propres expériences. Tout ceci devrait les aider à adapter leur pédagogie aux besoins spécifiques des élèves handicapés physiquement.

Ce guide d'instrumentation pédagogique est un outil venant compléter le programme du préscolaire et les guides pédagogiques qui l'accompagnent. C'est pourquoi nous conseillons aux responsables de la diffusion de ce guide de prévoir dans leur devis d'implantation une étape où l'éducateur du préscolaire pourra établir les liens existants entre les différents outils pédagogiques proposés par le ministère de l'Éducation.

1er CHAPITRE

1. QU'EST-CE QU'UN ENFANT HANDICAPÉ PHYSIQUEMENT ?

1.1 En quoi consistent les déficiences physiques ?

1.1.1 Les déficiences motrices

1.1.2 Les déficiences organiques

1.2 Comment une déficience physique devient-elle un handicap ?

1.2.1 Sur le plan des activités physiques

1.2.2 Sur le plan des activités cognitives

1.2.3 Sur le plan affectif et social

L'ÉLÈVE AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE EST CELUI DONT L'ÉVALUATION MÉDICALE RÉVÈLE UNE OU PLUSIEURS DÉFICIENCES MOTRICES ET/OU ORGANIQUES POUVANT COMPROMETTRE SA SCOLARISATION. CET ÉLÈVE NÉCESSITE, MÊME AVEC L'AIDE DE LA MÉDECINE ET DE LA TECHNOLOGIE, DES SERVICES ÉDUCATIFS SPÉCIAUX.

Il importe d'abord d'établir une différence entre une déficience et un handicap. Le Petit ROBERT définit le handicap comme un «désavantage (...) qu'on doit supporter» et la déficience comme une «insuffisance organique ou mentale»[1]. Cette différence prend toute son importance lorsqu'il est question de personnes atteintes de troubles physiques.

Une déficience est mesurable et se manifeste de la même manière d'une personne à l'autre ; la perte d'un doigt limitera toujours l'utilisation de la main. Le handicap résulte d'une déficience. Selon l'expérience de la personne qui en est atteinte ou selon les circonstances, les effets d'une déficience peuvent varier. Un pianiste qui perd un doigt sera réellement handicapé, tandis qu'un enseignant ne s'en trouvera que très légèrement gêné. Un handicap suppose donc une difficulté d'adaptation à une situation ou à une tâche donnée.

Il en va de même sur le plan scolaire ; certaines déficiences peuvent handicaper un enfant à l'école au moment où il doit acquérir des connaissances et développer des habiletés.

Nous expliquerons d'abord en quoi consistent les déficiences physiques, qu'elles soient motrices ou organiques, et ensuite comment elles deviennent un handicap dans l'éducation de l'enfant.

1 LE PETIT ROBERT. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Société du nouveau Littré, 1977.

1.1 En quoi consistent les déficiences physiques ?

1.1.1 *Les déficiences motrices*

Chez l'enfant qui présente une déficience motrice, on peut observer des réactions et des réflexes pathologiques, un tonus musculaire anormal, de la faiblesse musculaire, certaines formes de paralysie, l'absence de certaines parties du corps (amputations congénitales ou chirurgicales) ou la diminution de l'amplitude de certains mouvements. Ces déficiences limitent ou empêchent certaines actions et nuisent au développement moteur.

Des réactions et des réflexions pathologiques

On observe généralement chez les bébés dans les premiers mois de la vie, certains réflexes moteurs comme par exemple tourner la tête lorsqu'on leur touche la joue ou serrer notre doigt lorsqu'on le leur met dans la main. Plusieurs de ces réflexes diminuent ou disparaissent complètement au bout de quelques mois, d'autres demeurent et servent de base à des schèmes moteurs[1] plus complexes. Ces réflexes préparent les apprentissages de la position debout, assise, de la marche, de la course, de la préhension, etc.

Si au cours de la grossesse, de l'accouchement ou d'un accident en bas âge le système nerveux central de l'enfant est endommagé, certains de ces réflexes primitifs risquent de ne pas apparaître ou de disparaître au moment où leur présence est essentielle. Ils risquent aussi de faire place à des réflexes pathologiques (c'est-à-dire qui n'apparaissent pas lors d'un développement normal).

Ces réactions et réflexes anormaux nuisent beaucoup à la mobilité de l'enfant et interfèrent avec ses mouvements volontaires. Ainsi, le réflexe d'agrippement dont il est question plus haut, lorsqu'il persiste chez l'enfant plus âgé, fait qu'il saisit les objets en les serrant fortement et qu'il les relâche difficilement par un effort de volonté ou quand on le lui demande.

Un tonus musculaire anormal

Lorsqu'un enfant se développe normalement, les muscles de son corps ont un certain tonus ou une certaine tension. Un affaiblissement du tonus musculaire s'appelle hypotonie, une exagération de ce tonus, hypertonie. L'un et l'autre sont des obstacles à un développement moteur normal.

L'enfant hypotonique peut être incapable de s'asseoir seul sur une chaise de classe et peut avoir besoin d'un siège spécial. Il se fatigue rapidement s'il se livre à des activités qui demandent un effort physique même léger.

Chez l'enfant hypertonique, un excès de stimulations, un stress émotif ou un surplus d'efforts entraîne une augmentation de la tension musculaire et par conséquent une diminution des capacités d'exécution des tâches qu'il réussit à faire d'habitude assez facilement. Cette tension musculaire excessive entraîne parfois à la longue des déformations osseuses.

Une incoordination motrice

L'incoordination motrice se caractérise par des mouvements involontaires et incoordonnés des bras, des jambes, de la tête, de la face, de la langue, des muscles nécessaires à la parole, à la respiration et à la déglutition. L'enfant s'agite lors de l'exécution d'un geste, toute une série de contractions musculaires se déclenchent et des mouvements parasites viennent perturber l'effort premier.

Une faiblesse musculaire ou une paralysie

La limitation des mouvements ou leur absence peut être due à une faiblesse musculaire très marquée ou à une paralysie. En général, celles-ci atteignent les quatre membres ou seulement le bas du corps. La paralysie peut être partielle ou totale. Si elle est partielle, les mouvements de l'enfant seront modérément limités et cet état ressemblera à celui que détermine la faiblesse. Si la paralysie est totale, celle-ci se manifestera par une incapacité absolue d'effectuer des mouvements et par une perte de la sensibilité. Les muscles paralysés peuvent être flasques ou tendus. La perte de la sensibilité est un facteur qui vient aggraver les séquelles de la paralysie. L'incontinence en est souvent aussi une conséquence.

Une absence de certaines parties du corps

L'absence de parties du corps peut retarder le développement moteur. L'importance du retard sera fonction du nombre de membres manquants et de l'importance de l'amputation. Cette déficience, si elle est grave, peut être un facteur empêchant le développement de l'équilibre. Si une partie des membres supérieurs est amputée, la préhension peut être très difficile ou impossible. L'enfant qui ne peut utiliser ses bras pour se soutenir peut être incapable de s'asseoir seul ou de ramper. Un enfant ayant les membres supérieurs partiellement ou totalement amputés marchera fréquemment entre 7 et 9 mois. Par contre, si les membres inférieurs sont par-

1 Vous trouverez une définition de ce terme dans le lexique situé en annexe.

tiellement amputés, la marche peut être impossible ou très difficile sans des prothèses ou des appareils orthopédiques.

Une limitation de l'amplitude des mouvements

Certaines maladies, telles que l'arthrite, se manifestent par une inflammation des articulations dont l'effet est de réduire l'amplitude du mouvement. Ces inflammations peuvent être chroniques ou se présenter sous forme de crises aigues. Selon la gravité, la durée et la fréquence de ces inflammations, le développement moteur peut se trouver plus ou moins retardé.

La plupart des enfants handicapés moteurs doivent subir, au cours de la période de croissance, une réadaptation fonctionnelle[1] et parfois quelques opérations chirurgicales. Ces mesures correctives doivent être prises très tôt. Elles visent à minimiser les séquelles, à améliorer les capacités physiques de l'enfant ainsi qu'à prévenir les déformations et les mauvaises attitudes. Ces enfants ont aussi fréquemment besoin d'une rééducation orthophonique.

1.1.2 Les déficiences organiques

Les déficiences organiques sont des atteintes des systèmes organiques vitaux comme la respiration, la circulation sanguine, le métabolisme. Celles-ci en plus de diminuer la résistance physique de l'enfant handicapé et de ralentir sa croissance, l'empêchent de participer pleinement aux activités des enfants de son âge.

La gravité d'une déficience organique peut varier considérablement d'un enfant à l'autre. Certains enfants peuvent avoir des problèmes de santé qui ne limitent pas vraiment leurs activités, et leur présence dans la classe ne demande aucune attention particulière, ni aucune modification des activités. Cependant, il est important que vous soyez informé des problèmes qu'entraine cette déficience et que vous en compreniez les symptômes. Un comportement imprévu relié à la déficience organique indique généralement des complications dans l'état de santé de l'enfant. Par exemple, chez un enfant diabétique, il est possible que l'entrée en maternelle entraine plus d'exercice que n'en comportent ses activités habituelles. Ce surplus d'exercices risque d'avoir un impact sur son appétit et de modifier son équilibre métabolique. Une irritabilité inhabituelle, des troubles visuels, des maux de tête, un appétit insatiable ou une transpiration plus abondante peuvent alors se manifester. Il se peut que vous soyez la première personne à vous apercevoir du changement. C'est pourquoi, vous devez reconnaître ces signes et agir en conséquence.

Chez d'autres enfants, les problèmes de santé se manifestent sous forme de crises aigues, comme par exemple dans le cas de l'épilepsie ou de l'asthme.

1.2 Comment une déficience physique devient-elle un handicap ...

1.2.1 Sur le plan des activités physiques

La fatigabilité

La fatigabilité est une conséquence directe d'une déficience motrice. Quand l'enfant marche avec des béquilles, en marchette ou à l'aide d'autres appareils orthopédiques, il le fait avec beaucoup d'efforts. Les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que les séances d'orthophonie sont particulièrement épuisants.

Quelques déficiences motrices sont la cause directe de la fatigabilité ; c'est le cas par exemple de la dystrophie musculaire. Par ailleurs, un enfant qui présente une déficience organique se fatigue généralement plus vite qu'un autre et cette fatigue peut être la cause directe d'une crise.

Les déplacements

Plusieurs enfants sont handicapés dans leurs déplacements. Certains enfants, incapables de se servir de leurs membres inférieurs, sont obligés de se déplacer en fauteuil roulant. D'autres enfants parviennent à se déplacer en utilisant des appareils orthopédiques comme des béquilles ou une marchette. Ces auxiliaires d'ambulation leur serviront temporairement (le temps d'apprendre à garder leur équilibre en marchant par exemple) ou leur seront toujours nécessaires. Malgré leur déficience motrice, certains enfants peuvent se déplacer de façon autonome tant qu'il n'y a pas d'obstacle important sur leur chemin.

1 Vous trouverez une définition de ce terme dans le lexique situé en annexe.

Si plusieurs enfants sont incapables de marcher ou se déplacer avec de grandes difficultés, d'autres peuvent le faire en utilisant un tricycle adapté. Ce véhicule exige une bonne position des membres supérieurs et une excellente mobilité des membres inférieurs. De plus, il favorise l'autonomie de l'enfant, lui fournit la possibilité de faire de l'exercice, et lui permet de se déplacer à l'aide d'un moyen qui se rapproche de ceux employés par les enfants non handicapés. Il a ainsi l'impression de ne pas être trop différent des autres.

Le «positionnement»[1]

Le fait que l'enfant ne peut se maintenir seul ou naturellement dans une position adéquate est une conséquence de la déficience motrice. Un enfant handicapé peut alors avoir de grandes difficultés à garder une bonne position assise ou debout ; celle-ci est parfois impossible sans support. Tout comme l'enfant non-handicapé, il doit changer souvent de position au cours de la journée.

Si l'enfant handicapé est mal assis, il lui est impossible d'avoir un rendement élevé dans son travail ou dans une activité. Une mauvaise position accentue son handicap et diminue son intérêt au travail. L'enfant affaissé sur sa chaise respire difficilement, la circulation du sang se faisant mal.

La manipulation

Les déficiences motrices touchent parfois les mains ou les bras de l'enfant ; il éprouve alors des difficultés à manipuler les objets et les instruments. Certaines de ces difficultés peuvent être résolues en adaptant les instruments ou en fournissant à l'enfant des instruments spécialement adaptés à sa déficience motrice. Il existe des moyens très simples de compenser certaines difficultés ; les adaptations coûteuses et sophistiquées sont rarement nécessaires. Le choix de ceux-ci revient généralement à l'ergothérapeute.

1 Vous trouverez une définition de ce terme dans le lexique situé en annexe.

Les activités de la vie quotidienne

La déficience motrice impose parfois à l'enfant une dépendance dans certaines activités telles que se nourrir, se vêtir, s'habiller, se laver ou aller aux toilettes. C'est cette dépendance qui constitue pour lui un des facteurs les plus handicapants.

L'habillage pose aussi des problèmes à beaucoup d'enfants, mais tout particulièrement à celui qui a une déficience motrice. Si certains enfants handicapés moteurs sont tout à fait autonomes pour s'habiller et se déshabiller, d'autres, par contre, peuvent à peine collaborer. L'ergothérapeute ou le médecin de l'enfant pourront vous donner les informations pertinentes dans le cas de chaque enfant.

Par exemple, l'entraînement à la propreté est une responsabilité qui incombe habituellement aux parents ou à une autre personne de l'école. Cependant, l'enseignant peut les assister utilement en aidant l'enfant à devenir de plus en plus autonome dans les diverses situations de la vie quotidienne en prévenant les accidents.

Les troubles oculomoteurs

Une bonne proportion des enfants qui ont une atteinte cérébrale présentent aussi des troubles oculomoteurs. Ce sont des troubles de la coordination motrice de l'oeil, tels que le strabisme, la parésie du regard ou des troubles de fixation oculaire ou de localisation. Certains enfants par exemple, ne peuvent bouger les yeux sans déplacer la tête ou ne peuvent regarder vers le bas. Les enfants qui contrôlent mal les mouvements de la tête sont parfois affectés d'un nystagmus[1]; ils manifestent alors des difficultés à fixer un objet ou à suivre une ligne droite des yeux. Ces troubles ont évidemment des conséquences sur la connaissance du corps et de sa position dans l'espace, sur les capacités de préhension, d'exploration de l'environnement, de déplacement, d'orientation et plus tard, sur les apprentissages scolaires tels que la lecture, l'écriture et les mathématiques.

Les troubles du langage

Le langage peut aussi être atteint directement ou indirectement par la déficience motrice. Les enfants dont la déficience est congénitale peuvent subir dès le bas âge un manque de stimulation linguistique qui entraînera un retard de langage. Certains troubles du langage sont en relation plus directe avec la déficience motrice. Par exemple, les atteintes cérébrales peuvent causer des troubles aphasiques, arthriques ou praxiques[1] pouvant dans certains cas rendre impossible l'expression orale.

Les enfants handicapés moteurs présentent plus fréquemment que les autres des troubles de l'articulation. Ces troubles peuvent avoir pour origine une malformation congénitale ou encore, de mauvaises habitudes motrices.

Des troubles de la voix peuvent être associés à certaines déficiences motrices ou organiques, et entraîner des déficiences du langage.

La population d'enfants handicapés non dépistés à l'âge de 4 - 5 ans présente rarement des troubles de l'audition. Cependant, il est plus fréquent de rencontrer des enfants handicapés physiquement, chez qui une légère perte auditive entraîne des difficultés dans la discrimination des sons et des phonèmes.

1.2.2 Sur le plan des activités cognitives

Une déficience intellectuelle ou un retard de développement ?

Un déficit intellectuel ou une certaine lenteur d'esprit accompagne parfois une déficience physique. Cependant, il faut bien se garder de généraliser, car la plupart des enfants handicapés physiquement ont une intelligence normale, comparable à celle des autres enfants.

Par exemple, chez l'enfant présentant une atteinte cérébrale, une déficience intellectuelle semble être associée aux déficiences physiques dans le tiers des cas approximativement. Mais s'agit-il d'une réelle déficience intellectuelle ou bien d'un retard dans le développement ? Lorsque des enfants présentent de tels troubles moteurs et perceptuels, ils ne peuvent agir sur leur environnement, ni l'explorer aussi aisément que le font les autres enfants. Leurs expériences sont souvent restreintes et leur vocabulaire particulièrement pauvre. Souvent la coordination oculo-manuelle s'établit difficilement et accuse généralement un retard important.

1 Vous trouverez une définition de ce terme dans le lexique situé en annexe.

1 Vous trouverez une définition de ce terme dans le lexique situé en annexe.

Comment ces enfants arrivent-ils à se développer intellectuellement ? Comment peuvent-ils accéder à des opérations mentales compliquées ou se livrer à des raisonnements abstraits ? Et bien ! un bon nombre y parviennent et parfois sans avoir suivi pas à pas les mêmes étapes (ou stades) que la plupart des enfants.

Certains auteurs prétendent que le niveau intellectuel des enfants ayant une malformation congénitale aux membres supérieurs a tendance à être plus bas que la moyenne. Mais la difficulté qu'ils ont à manipuler les objets ainsi que les problèmes psychologiques liés à ce handicap risquent fort d'être responsables de cette tendance.

Quant à l'épilepsie, elle n'est habituellement pas associée à une déficience intellectuelle particulière ; mais les convulsions fréquentes, les facteurs psychologiques relatifs à cette maladie ainsi que la forte dose de médicaments utilisée pour contrôler les crises peuvent entraîner une certaine lenteur intellectuelle.

Il est plus utile à l'éducateur de connaître le fonctionnement intellectuel d'un enfant que son quotient intellectuel, car la connaissance de ses caractéristiques de fonctionnement permet de choisir et d'adapter les approches éducatives de manière plus efficace.

L'activité intellectuelle

Chez les enfants handicapés, dont la déficience motrice est due à une atteinte cérébrale, l'activité intellectuelle présente certaines caractéristiques qu'il faut mentionner. La distractivité, ou plus précisément l'incapacité de se concentrer assez longtemps, est une des caractéristiques les plus souvent observées. Dans les activités de classement, on peut fréquemment remarquer la difficulté à passer d'un critère de groupement à un autre, le premier classement venant interférer avec le deuxième : c'est ce qu'on appelle la persévération. Quand on demande à l'enfant de mettre en relation certains éléments ou de comparer des groupements, on se rend vite à l'évidence qu'il est captivé par un des éléments du problème, et relègue les autres à l'arrière-plan. Si on lui donne plusieurs consignes à la fois et qu'il doit les exécuter selon un certain ordre de progression, on pourra observer son inaptitude à organiser séquentiellement une série de réponses partielles.

À la suite d'une atteinte cérébrale, l'enfant manifeste parfois des troubles de l'interprétation et de l'intégration des informations sensorielles portant par exemple sur la discrimination, l'identification ou la reconnaissance des objets, des images, des formes, des données spatiales, des bruits, des sons, des textures ou des températures ; pourtant, l'enfant ne présente aucune déficience visuelle ou auditive proprement dite.

Certains enfants, dont la déficience motrice n'est pas liée à une atteinte cérébrale, éprouvent des difficultés à estimer la taille, la profondeur, la distance ou le temps. Par exemple, estimer la profondeur d'une marche d'escalier, la dimension d'objet de différentes grosseurs, la distance séparant deux lignes tracées sur le sol, le temps de battement d'un rythme sont de réels problèmes pour eux. Ces difficultés sont souvent liées aux limitations motrices.

1.2.3 Sur le plan affectif et social

La déficience physique a un impact significatif sur la perception que l'enfant a de lui-même et des autres ainsi que sur ses relations avec les personnes et les choses qui l'entourent. Ces répercussions psychologiques ne sont pas particulières à chaque déficience physique ; elles sont plutôt relatives à l'apparence physique, à la condition de dépendance et à la manière dont le handicap est perçu et accepté par l'enfant et par son entourage.

L'enfant handicapé physique est généralement freiné dès le départ par une incapacité fonctionnelle[1]. Son degré de motivation est atteint par le fait même, car il doit fournir beaucoup plus d'efforts qu'un autre. L'enfant est continuellement frustré par les échecs qui se succèdent. La représentation du mouvement, déjà difficile, devient presque un tour de force pour lui. Il a presque toujours une perception fausse de son schéma corporel, à cause du manque d'exercice et de la difficulté à pouvoir comparer son propre corps à celui des autres.

Le concept de soi

Le concept de soi est la perception que l'on a de soi comme personne avec ses dimensions physique, affective, intellectuelle, sociale et spirituelle.

Le concept de soi se forme à partir des attitudes de nos parents et des autres personnes à notre égard. Il s'obtient aussi en observant ceux qui nous servent de modèles d'identification. Il découle également de l'interaction vécue avec l'environnement physique et humain.

1 Vous trouverez une définition de ce terme dans le lexique situé en annexe.

Une des composantes les plus importantes du concept de soi est l'image du corps. Cette image est en fait la représentation mentale que nous nous faisons de notre apparence physique à travers nos perceptions, nos sensations intimes et tactiles et l'orientation de notre corps dans l'espace. Le corps est le centre de notre identité individuelle et ce par quoi on peut entrer en relation avec les autres et le monde environnant.

Pour l'enfant handicapé physiquement, l'image du corps est souvent difficile à intégrer positivement dans le concept de soi, parce que c'est justement l'aspect de sa personne qui est limité et qui est responsable de l'évidence observable dans la différence entre lui et les autres. Plus la déficience physique est visible, plus les répercussions sur le concept de soi et sur les relations sociales sont importantes. À quatre ou cinq ans, l'enfant devient plus conscient de sa déficience et de la différence entre l'image de son corps et celui des autres.

Le concept de soi de l'enfant handicapé physique subit donc fréquemment de grandes distorsions ; les principales raisons en sont le manque d'information sur lui-même et l'altération de l'information reçue qu'il ne veut pas accepter comme partie intégrante de la vision qu'il a de lui-même.

Le besoin d'identification

Nous avons tous besoin jusqu'à un certain point de nous sentir comme les autres. Chez le jeune enfant, entre 4 et 6 ans, ce besoin d'identification est particulièrement marqué et passe d'abord par le corps et l'action. L'enfant handicapé physiquement ne peut pleinement satisfaire ce besoin. C'est pourquoi il peut lui arriver de nier ou de refuser de reconnaître l'existence de sa déficience physique ou de certaines limites qu'elle lui impose. Par exemple, il peut refuser de se faire aider par les autres ; il peut se percevoir lui-même comme victime d'une injustice et vouloir punir son entourage par son hostilité et son repli sur soi ; il peut aussi concevoir sa déficience comme une punition pour un acte que lui-même ou ses parents auraient soi-disant commis.

Demeurer le plus longtemps possible dépendant des adultes et avoir constamment besoin de leur aide, peut paraître à certains enfants handicapés physiques la meilleure façon de s'assurer leur attention, leur affection et leurs soins. Mais une ambivalence subsiste toujours car, à 4 ou 5 ans, l'enfant ressent aussi un besoin instinctif d'indépendance. Si ce besoin est gêné par la déficience physique, l'enfant exprimera sa frustration, son hostilité et son agressivité.

2e CHAPITRE

2. UN MODÈLE ÉDUCATIF

2.1 Des principes d'intervention

2.2 Des attitudes à adopter

2.3 Un plan et une grille d'intervention

2.3.1 Les opérations du plan d'intervention

2.3.2 L'environnement du préscolaire

Qu'un enfant présente ou non une déficience physique, les buts et les principes d'éducation sont les mêmes pour tous. L'enfant handicapé physiquement est d'abord un enfant qui a les mêmes besoins, les mêmes droits fondamentaux que tous les autres enfants de son âge. En conséquence, les orientations et les objectifs du programme d'éducation préscolaire conviennent à tout enfant de 4 à 6 ans, handicapé ou non.

On ne peut concevoir d'objectifs plus appropriés pour l'enfant handicapé physiquement que ceux qui lui permettront de poursuivre son cheminement personnel, d'enrichir sa capacité d'entrer en relation avec les autres et d'interagir avec son environnement, et cela en acquérant de plus en plus d'autonomie.

Pour atteindre ces objectifs, l'éducateur et les autres responsables de la formation préscolaire doivent-ils se doter d'un modèle éducatif différent de celui que nous propose le programme de l'éducation préscolaire ? Non, car proposer un autre modèle supposerait un nouveau programme et, par le fait même, irait à l'encontre d'un postulat qui veut que l'enfant handicapé physique, tout en étant différent, peut s'intégrer dans le cadre scolaire proposé à l'ensemble de la population scolaire. C'est dans cette optique que nous parlerons plus particulièrement de deux principes sur lesquels repose l'intervention proposée aux éducateurs. Nous aborderons également certaines attitudes susceptibles d'aider les responsables de la formation de l'enfant. À la fin de ce chapitre, nous vous proposerons une grille pour aider l'éducateur et les autres agents de l'éducation à mieux planifier leurs interventions.

2.1 Des principes d'intervention

L'approche pédagogique proposée par le programme de l'éducation préscolaire peut servir à bien orienter l'intervention auprès d'enfants ayant des déficiences physiques. Cependant, il est bon de rappeler le principe d'harmonisation selon lequel un handicap physique n'est pas une simple déficience physique, mais modifie toute la dynamique personnelle de l'enfant, influence ses apprentissages en limitant les voies d'accès à la connaissance qu'il a de lui-même et du milieu, et transforme ses relations avec les autres. L'approche éducative doit tenir compte de cette réalité sans cependant oublier que la dynamique intérieure de l'enfant tend naturellement vers l'harmonie et l'équilibre.

L'harmonisation et l'individualisation

Le principe d'harmonisation retenu par les auteurs du programme se concrétisera par un épanouissement harmonieux de l'enfant sur tous les plans, dans la mesure où les éducateurs aménageront l'enfant à développer au maximum ses potentialités physiques, cognitives, affectives et sociales. Pour l'enfant qui a une déficience physique, s'épanouir de façon harmonieuse veut dire ne pas privilégier un aspect au détriment des autres. L'éducateur devra aider l'enfant à se développer physiquement, et ce, malgré sa déficience. On ne doit pas privilégier l'aspect cognitif sous prétexte que l'enfant est handicapé physiquement. On risquerait fort alors de compromettre l'évaluation affective et sociale et rapidement d'entraver le développement cognitif pour compromettre en définitive l'épanouissement global de l'enfant.

L'harmonisation est étroitement liée à l'application des trois autres principes sur lesquels s'appuie l'intervention, à savoir l'individualisation, l'actualisation et la globalisation. Comme l'harmonisation, l'individualisation concerne de façon particulière l'handicapé physiquement.

L'individualisation est indispensable à une approche éducative adaptée à l'enfant handicapé physiquement car, bien qu'il soit un enfant comme les autres, il a aussi des caractéristiques et des besoins qui lui sont propres.

L'enfant, de par sa dynamique personnelle inscrite au fond de lui-même, est le principal agent de son développement. L'éducateur doit favoriser ce développement et non le précéder, l'orienter ou l'accélérer. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'enfants handicapés physiquement. L'éducateur doit donc adapter son approche pédagogique au dynamisme particulier à chaque enfant.

2.2 Les attitudes à adopter

L'enfant handicapé physiquement a essentiellement besoin, pour éducateur, d'un adulte qui accepte sa déficience physique comme une limitation possible. Il a besoin que l'adulte le perçoive comme une personne qui a de la valeur et qui est capable de réalisations par lui-même et non pas comme un enfant qu'il faut toujours aider.

L'éducateur qui travaille avec un enfant handicapé physiquement doit accorder une attention toute spéciale à la perception qu'il a de l'enfant et de son handicap, et à ses attitudes vis-à-vis de celui-ci. Il est trop facile, par exemple, d'encourager un enfant à faire des efforts pour marcher en lui disant que c'est la condition pour devenir un joueur de hockey plus tard et d'écarter ensuite ses aspirations comme étant de simples fantaisies d'enfants. Beaucoup plus difficile sera d'amener l'enfant dès son jeune âge à distinguer la fantaisie de la réalité et de l'aider à accepter que ses limitations pourront peut-être modifier ses projets d'avenir.

Ces attitudes sont extrêmement importantes et permettront à l'enfant d'adopter des comportements sains vis-à-vis de sa déficience physique. Ces attitudes sont la base de l'acquisition de la confiance en soi et des habiletés nécessaires pour faire face aux situations stressantes.

Avoir des principes d'intervention et des attitudes qui répondent aux besoins des enfants oriente l'intervention certes, mais ne donne pas nécessairement une marche à suivre pour intervenir adéquatement. Le plan d'intervention et la grille qui l'accompagne sont en fait des suggestions pour planifier vos actions.

2.3 Un plan et une grille d'intervention

Le plan d'intervention que nous vous suggérons contient des opérations connues et effectuées en tout ou en partie par les éducateurs et les autres agents de l'éducation. Il s'agit d'appliquer ces opérations aux différentes composantes de l'environnement scolaire.

L'intervention pourra porter sur une ou sur plusieurs composantes de l'environnement qui interagissent entre elles.

Regardons ensemble les opérations retenues ainsi que les éléments de l'environnement auxquels elles s'adressent.

2.3.1 Les opérations du plan d'intervention

Observer :

Cela veut dire regarder attentivement sans porter de jugement, une situation, un fait, un comportement, une attitude, ... qui nous pose un problème et sur lequel on veut intervenir.

Identifier :

Après avoir observé, mieux compris ce qui se passe, on identifie un élément de la problématique sur lequel on veut agir, et l'on se fixe un objectif à atteindre.

Choisir :

Il s'agit de déterminer le moyen d'action appropriée pour atteindre l'objectif fixé.

Expérimenter :

Le responsable de l'opération réalise l'action prévue.

Évaluer :

Voici le moment d'analyser les résultats obtenus.

Modifier :

En tenant compte de l'analyse des résultats, le responsable de l'opération décide de corriger ou de garder la stratégie adoptée si l'objectif n'est pas atteint. Si l'objectif est atteint, il recommence le même processus avec une autre situation problématique.

2.3.2 L'environnement du préscolaire

Un enfant en difficulté, c'est souvent un milieu en difficulté, c'est pourquoi il nous semble important qu'un plan d'intervention tienne compte des différentes composantes de l'environnement.

Dans la colonne de droite, nous donnons les éléments de l'environnement, et parallèlement, nous présentons des exemples sur lesquels les agents de l'éducation peuvent s'interroger et intervenir.

Les éléments de l'environnement

Éléments	Exemples
ÉDUCATEUR :	Ses forces, ses limites, une ou ses attitudes, une ou ses actions. Tout cela en relation avec une ou plusieurs des composantes de l'environnement.
ENFANT :	Ses forces, ses limites, une ou ses attitudes, une ou ses actions. Tout cela en relation avec une ou plusieurs des composantes de l'environnement.
LES AUTRES AGENTS DE L'ÉDUCATION : C'est-à-dire les parents, les spécialistes, les organismes.	Leurs forces, leurs limites, leur attitude face à l'éducateur, l'enfant et les autres composantes de l'environnement.
LES ASPECTS MATÉRIELS : C'est-à-dire le régime pédagogique, les programmes, les locaux, le matériel.	Leurs qualités, leurs limites, leurs liens avec l'éducateur, l'enfant et les autres composantes de l'environnement.

Avant de reprendre tout cela sous forme de grille, nous croyons nécessaire de signaler qu'il vaut mieux souvent choisir de résoudre un problème simple que d'envisager une action complexe qui implique trop de personnes et de situations à la fois.

Dans la grille, vous retrouverez disposés les éléments explicités plus haut. Entre les éléments de l'environnement, nous avons placé de petites flèches qui indiquent l'interaction entre ces éléments. On peut établir un plan d'intervention pour une problématique impliquant un ou plusieurs éléments interreliés dans le vécu de l'enfant et des responsables de son éducation.

Grille d'intervention

Opérations ↓	Éducateur ⟷	Enfant ⟷	Les autres agents de l'éducation ⟷	Aspect [illegible]
OBSERVER				
IDENTIFIER				
CHOISIR				
EXPÉRIMENTER				
ÉVALUER				
MODIFIER				

3e CHAPITRE

3. LES INTERVENTIONS

3.1 Objectifs du programme de l'éducation préscolaire

3.2 Moyens proposés

3.2.1 Activités de routine

3.2.2 Activités en atelier

3.2.3 Problèmes particuliers

Le plan d'intervention constitue certes une façon de vous interroger avant, pendant et après l'action. Cependant, toute intervention vise d'abord l'atteinte des objectifs du programme du préscolaire en répondant aux besoins de tous les enfants, y compris les handicapés physiques. C'est pourquoi nous rappellerons au début de ce chapitre sur l'intervention, les objectifs du programme de l'éducation préscolaire concernant l'enfant handicapé physique.

Suivront des recommandations et des suggestions visant à vous aider à planifier et à adapter les activités, de manière à les rendre accessibles à l'enfant handicapé physiquement. Ces suggestions portent sur les activités les plus fréquemment choisies. Les moyens proposés ne concernent pas nécessairement tous les enfants handicapés. Il vous faudra donc faire une sélection en fonction des besoins particuliers de l'enfant.

Afin de faciliter l'utilisation des moyens proposés, ceux-ci ont été regroupés sous trois thèmes : les activités de routine, les activités en atelier et les problèmes particuliers.

3.1 Objectifs du programme de l'éducation préscolaire[1]

Si l'éducation de l'enfant handicapé physiquement doit viser les mêmes objectifs que pour tout autre enfant, cette règle s'applique autant aux objectifs terminaux qu'aux objectifs généraux. Dans certains cas cependant, les étapes pour y parvenir ou les objectifs intermédiaires doivent être adaptés à certaines caractéristiques ou besoins particuliers observés plus fréquemment chez les enfants physiquement handicapés que chez les autres enfants du même âge. Le chapitre précédent fournit un grand nombre d'informations à ce sujet, lesquelles devraient vous servir à adapter les objectifs intermédiaires en fonction de l'enfant. Toutefois, aucun de ces objectifs ne doit être mis de côté sous prétexte que l'enfant est handicapé. Vous trouverez dans les tableaux suivants (tableaux nos 1, 2 et 3) quelques recommandations en relation avec les domaines d'interventions et les objectifs intermédiaires proposés par le programme. Ces suggestions vous aideront à atteindre des objectifs concernant l'enfant et l'éducateur.

1. Ministère de l'Éducation, «Programme d'éducation préscolaire», Gouvernement du Québec, 1981, 43 p., 16-1080.

Tableau no 1

SE CONNAÎTRE SOI-MÊME

	L'ENFANT	L'ÉDUCATEUR
Découvrir son corps, ses perceptions, ses sentiments, ses pensées.	• Encouragez l'enfant à découvrir son corps. • Aidez-le à reconnaître ce qui est agréable et ce qui ne l'est pas, ce qu'il peut ou ne peut pas faire, et cela grâce à des expériences. • Laissez-lui éprouver l'espoir, la déception, la confiance, le doute, la fierté et la honte. • Encouragez l'enfant à exprimer ses propres idées, ses sentiments, à adopter des attitudes appropriées. • Parlez avec l'enfant de son handicap physique. Encouragez-le à faire connaître, à ce propos, les déceptions qu'entraînent les limitations imposées par sa déficience et aussi ses projets d'avenir. La pleine conscience et l'acceptation de ses sensations et de ses sentiments sont essentielles à son développement harmonieux.	
Pouvoir répondre à ses propres besoins.	• Laissez l'enfant, dans la mesure du possible, prendre soin de lui-même. • Donnez-lui souvent la possibilité d'avoir son mot à dire dans les décisions le concernant.	
Porter attention à son expérience en utilisant ses pensées, émotions, sensations.		• Il est important que vous soyez conscient de vos sentiments vis-à-vis d'une déficience. Méfiez-vous des attitudes de surprotection, de trop grandes exigences ou d'une fausse pitié. • Demandez-vous toujours si votre intervention répond réellement au besoin de l'enfant ou simplement à votre satisfaction personnelle. • Soyez conscient de vos propres compétences lorsque vous collaborez avec des spécialistes. L'enfant a besoin d'un adulte qui l'accepte tel qu'il est. La reconnaissance des limitations imposées par la déficience physique est aussi importante que la reconnaissance des habiletés et des aptitudes que l'enfant possède.

Tableau no 2

ENTRER EN RELATION AVEC LES AUTRES

L'ENFANT

S'éveiller aux réalités sociales et culturelles.

- Discutez avec les enfants de l'universalité des déficiences physiques et des limitations qu'elles entraînent. L'enfant handicapé devrait apprendre qu'il n'est pas le seul à avoir certaines déficiences et certaines difficultés.

- Profitez de toutes les occasions pour proposer à l'enfant d'autres personnes handicapées comme modèles. Il peut s'agir d'un autre enfant handicapé de l'école, d'une vedette ou d'un grand champion sportif.

Inévitablement, l'enfant handicapé en vient à se comparer aux enfants de son âge qui sont normaux. L'idée qu'il se fait de son apparence physique joue un grand rôle dans le développement de ses capacités personnelles.

S'habiliter à entrer en relation avec les autres.

- Amenez l'enfant à considérer les droits et les sentiments des autres.

- Donnez-lui la possibilité de partager des problèmes. Les enfants profitent grandement des échanges et des discussions sur des problèmes réels vécus par d'autres personnes.

L'enfant handicapé physique a besoin de fréquents contacts physiques avec un adulte chaleureux et aimant. Une attitude positive, rassurante de la part de son entourage devrait être la meilleure aide pour développer chez l'enfant les sentiments de sécurité et d'assurance indispensables pour établir de bonnes relations avec les autres.

L'ÉDUCATEUR

Tenir compte des réalités sociales et culturelles.

- N'établissez jamais de comparaison entre l'enfant handicapé et les autres enfants sur sa performance scolaire ou ses résultats.

- Tenez compte des différences culturelles raciales et individuelles.

- Portez attention à vos propres attitudes à l'égard des autres.

Connaître ses habiletés de contact.

L'enfant apprend à se respecter lui-même et à respecter les autres par l'imitation des gens qui l'entourent, principalement l'éducateur.

Tableau no 3

INTERAGIR AVEC L'ENVIRONNEMENT

L'ENFANT

S'approprier des informations significatives.

- Tenez compte des difficultés sensorielles et perceptuelles que peut éprouver l'enfant.
- Aidez l'enfant à verbaliser le plus possible ses expériences. Le langage lui apporte un moyen de contrôler son environnement extérieur et aussi ses propres impulsions. Le fait de décrire les événements lui donne une nouvelle perspective et lui permet de prendre de la distance, d'objectiver ce qu'il observe et de l'évaluer.

Pouvoir agir sur ce qui l'entoure.

- Aidez-le à rechercher lui-même les adaptations qui lui permettent de mieux utiliser les objets et les ressources.
- Aidez-le à concentrer ses efforts sur ce qui est faisable et réalisable, à économiser son énergie pour mieux la canaliser sur des actions qu'il aura choisies comme objectif à atteindre en priorité.

L'ÉDUCATEUR

Inventorier les ressources du milieu.

— Ressources humaines : enseignants, spécialistes, personnel non enseignant, parents, enfants, médecin, organismes gouvernementaux.

— Ressources matérielles : associations, centres de ressources, bibliothèques, matériel, organismes gouvernementaux.

Agir sur ce qui l'entoure.

- Travailler en étroite collaboration avec les parents et les spécialistes.

3.2 Moyens proposés

3.2.1 *Activités de routine*

Il importe d'établir une certaine routine pour sécuriser l'enfant handicapé.

Arrivée — départ

Transitions

L'arrivée, le départ et les transitions sont souvent des moments propices à la désorganisation pour tous les enfants, mais ils le sont tout spécialement pour les enfants handicapés physiquement. Certains enfants sont spécialement inquiets à ces moments-là. Cette inquiétude peut simplement résulter de la peur d'être laissés à eux-mêmes, d'être bousculés, de ne pas savoir quoi faire. Pour l'enfant handicapé physique, une nouvelle activité peut le placer devant la crainte d'un échec ou exiger de lui un effort trop grand.

Voici quelques suggestions visant à faciliter les arrivées, des départs et des transitions des activités en soi.

Vous aiderez l'enfant à sentir qu'il a sa place dans la classe en indiquant par exemple son nom au-dessus du crochet où il suspend son manteau ou encore sur son casier personnel. Cette manière de procéder donnera tout de suite à l'enfant le sentiment d'appartenir au groupe.

Ne forcez pas un enfant, dès son arrivée, à participer à une activité de groupe. Vous pouvez aider l'enfant à «entrer dans le jeu» progressivement et à vaincre ses hésitations en lui donnant de petites responsabilités comme : arroser les plantes, donner à manger aux poissons.

Donnez à l'enfant le temps de terminer une activité avant de lui en proposer une nouvelle. Avertissez-le à l'avance de l'interruption du jeu. Avant le départ, assurez-vous que celui qui a des difficultés est content des activités auxquelles il a participé en classe.

Habillage — déshabillage

Certains enfants handicapés ne peuvent s'habiller ou se déshabiller seuls ; ils ont besoin d'aide. Votre but devrait être de développer chez l'enfant le maximum d'autonomie. Vous pouvez profiter de la période d'habillage pour aider l'enfant à prendre conscience des différentes parties de son corps. La notion de couleur peut également être introduite dans la conversation ainsi que des notions spatiales telles que : haut, bas, intérieur, extérieur, devant, derrière.

Ne manquez jamais l'occasion d'encourager l'enfant chaque fois qu'il manifeste son désir d'apprendre. Si vous l'aidez trop longtemps à mettre ou à enlever ses vêtements, vous retarderez son autonomie. Donnez-lui l'occasion de le faire seul, même si cela demande un peu plus de votre temps et de votre patience. Surtout, ne continuez pas à habiller et déshabiller un enfant par habitude ou par manque de temps.

Il est toujours plus facile d'enfiler les vêtements ou de les enlever en commençant par le côté du corps qui est le plus atteint. Si l'enfant ne peut garder l'équilibre quand il est assis sur le sol, installez-le dans un coin.

Si vous asseyez l'enfant sur une chaise, tournez-le vers le dossier ; cela le mettra en confiance car il pourra s'y tenir. L'enfant hémiplégique[1] n'utilise souvent pour s'habiller que sa main valide. Cependant, il faut l'encourager à se servir de sa main handicapée comme appui ou pour s'aider.

Certains enfants, lorsqu'ils sont debout ou à genoux, gardent difficilement l'équilibre. Ils ont avantage à se tenir à une chaise ou à une barre fixée au mur.

1 Vous trouverez une définition de ce terme dans le lexique situé en annexe.

Quand l'enfant va aux toilettes, ces deux moyens peuvent lui être utiles pour lui permettre de remonter ses pantalons.

Si vous devez habiller l'enfant, demandez-lui toujours de plier le genou avant de lui mettre un bas ou une chaussure ; si la jambe est en extension, la cheville et le pied sont plus raides et les orteils ont tendance à rester pliés. Asseyez-le devant un miroir afin qu'il puisse voir ce que vous faites. Dites-lui toujours ce que vous êtes en train de faire quand vous lui mettez ou lui enlevez ses vêtements afin de maintenir son intérêt et d'éviter qu'il ne devienne indifférent et passif.

Collation

La plupart des enfants handicapés physiquement peuvent manger seuls. Cependant, l'enfant qui présente une atteinte cérébrale nécessite parfois une attention particulière. Il faut veiller à ce qu'il soit bien assis pour manger. Pour lui permettre de boire plus facilement, le rebord d'un verre de plastique peut être découpé et échancré d'un côté ; ainsi l'enfant n'aura pas besoin de pencher la tête vers l'arrière pour avaler le liquide au fond du verre. Il est plus facile de tenir une cuiller en mettant le pouce sous le manche. Donnez à l'enfant le temps dont il a besoin pour manger. Réduisez au minimum l'aide que vous croyez devoir lui apporter.

Soyez au courant des restrictions diététiques fréquentes chez les enfants qui ont des problèmes de santé. La consommation de sucre de l'enfant diabétique doit généralement être limitée. Si l'enfant, par exemple, ne peut partager le gâteau d'anniversaire d'un ami, dites-lui que vous savez à quel point cela est difficile. Complimentez l'enfant, mais ne le plaignez pas. Vous pouvez peut-être compenser cette frustration en donnant à l'enfant un autre aliment qu'il aime particulièrement et qui ne soit pas défendu par son régime.

Toilettes

L'enfant handicapé moteur peut avoir besoin de certaines adaptations pour s'installer sur le siège des toilettes. Il sera parfois nécessaire de lui fournir un petit pot spécial ou de placer une chaise devant lui. Les parents pourront vous donner les renseignements nécessaires à ce sujet.

L'incontinence complique sérieusement l'intégration scolaire. Il faut donner des conseils aux parents en leur indiquant comment donner à leur enfant l'habitude de la propreté : l'enfant doit pouvoir se changer tout seul.

Se laver

L'enfant de cinq ans, handicapé ou non, devrait pouvoir se laver seul le visage et les mains. À cet effet, il est parfois nécessaire d'utiliser quelques adaptations ; en voici quelques exemples : un petit banc peut permettre l'accès au lavabo ; le savon peut être attaché au lavabo par une corde ou fixé sur des ventouses ; le porte-serviettes doit être placé à son niveau et facile d'accès ; une éponge est plus facile à utiliser qu'une débarbouillette.

Gymnase et cour extérieure

Les activités libres dans le gymnase et dans la cour extérieure fournissent d'excellentes occasions à l'enfant de prendre conscience de son corps, d'explorer ses possibilités, d'apprendre à se situer dans l'espace et par rapport aux personnes et aux objets qui l'entourent. Lorsque l'enfant se déplace en fauteuil roulant, quelques précautions doivent être prises. L'enfant devrait porter un casque protecteur afin d'amoindrir le choc si son fauteuil est renversé. L'enfant doit toujours être attaché dans son fauteuil afin de ne pas être projeté vers l'avant ou de ne pas glisser vers le bas. Si l'enfant doit s'asseoir sur son fauteuil ou se lever, assurez-vous que les freins sont bien mis.

Nous ferons maintenant quelques recommandations visant à favoriser l'intégration de l'enfant lors de ces activités. Autant que possible, ne laissez jamais l'enfant assis dans son fauteuil en spectateur. Au cas où il ne pourrait participer à l'activité de la même manière que ses compagnons, adaptez l'activité pour que cela soit possible. Par exemple, tous les exercices de rythme, d'adresse, de coordination

doivent être adaptés à la lenteur et au manque de coordination des mouvements de l'enfant. Il faut lui donner l'occasion de jouer par terre, dans le sable, sur le gazon ou dans la neige afin de lui permettre de vivre les expériences les plus diverses possibles. On devrait l'inciter à se déplacer dans tous les sens (en avant, en arrière, latéralement) et de différentes manières (en rampant, en marchant sur les genoux, en roulant, etc.).

L'enfant arthritique ne doit pas participer aux activités nécessitant des mouvements brusques, car il faut le protéger contre tout traumatisme articulaire. Sauter à la corde, sauter en bas d'une chaise, partir à courir ou arrêter brusquement, sont des activités que l'enfant arthritique ne doit pas faire. Il faut plutôt encourager les mouvements souples. Certaines activités comme la natation, la bicyclette, la marche lui sont particulièrement bénéfiques.

L'enfant qui présente une perte de sensibilité n'a parfois conscience de son corps que d'une manière imparfaite. Cette perte de sensibilité fait que souvent l'enfant ne pense pas aux parties atteintes. Vous pouvez l'aider à affiner son sens du toucher par des jeux appropriés. Cet enfant ne réagit pas (ou du moins pas normalement) à la chaleur ou au froid. Il ne se protège pas contre une chaleur ou un froid trop intense. L'hiver, par exemple, l'enfant peut se geler les pieds sans s'en rendre compte et ne ressentir aucune douleur. Il en va de même, en été, pour les «coups de soleil».

Pour des raisons de sécurité, il est préférable qu'un enfant, ayant des problèmes d'équilibre, porte un casque protecteur. Le thérapeute vous indiquera dans quelles circonstances ce casque doit être porté.

Repos

Lorsqu'un élève présente une déficience pouvant diminuer sa résistance physique, l'éducateur devrait observer l'enfant à intervalles réguliers ; il pourrait ainsi savoir à quel moment l'enfant est particulièrement tendu ou fatigué, ce qui lui permettrait d'effectuer les ajustements appropriés. Il ne faut jamais accorder trop d'importance aux plaintes de l'enfant, car il essaye par ce moyen d'obtenir des privilèges. Les périodes de repos peuvent être difficiles à fixer, mais elles sont très importantes pour l'enfant. Il est parfois nécessaire d'inclure dans l'horaire des activités quotidiennes, un temps de repos que l'enfant peut prévoir. Ayez des couvertures et des matelas pouvant être utilisés à ce moment-là. Un enfant peut avoir besoin d'être soutenu par des oreillers ou des coussins pour se sentir vraiment confortable.

Sorties

Révisez chaque phase de l'activité et tentez d'identifier les moments ou les lieux critiques (comme l'ascenseur ou l'escalier mobile). Préparez les enfants à ce qu'ils vivront étape par étape, en leur indiquant où ils iront et ce qu'ils verront. Faites en sorte que la transition entre la classe et l'activité spéciale soit aussi souple que possible. Évitez les précipitations des derniers instants.

Si la sortie doit être assez longue, informez-vous auparavant s'il y a des toilettes. Apportez un peu de nourriture comme des quartiers de pommes ou des raisins. Choisissez des sorties qui n'obligeront pas l'enfant à trop dépenser d'énergie et qui lui éviteront le contact des substances allergènes (s'il est asthmatique ou allergique). N'oubliez pas les médicaments que vous devez distribuer.

3.2.2 Activités en atelier

Jeux

L'enfant handicapé a parfois besoin qu'on invente pour lui des situations favorables à ses apprentissages. À la maternelle, les jeux ne sont pas une fin en soi, mais atteignent un but éducatif dans la mesure où ils sont reliés aux besoins réels de l'enfant.

Le jeu occupe une place importante dans la vie de tous les enfants ; pour eux, c'est un travail en quelque sorte. L'enfant handicapé physiquement a un plus grand besoin de jouer que les autres enfants, parce qu'il est limité dans son exploration du monde environnant. Votre travail devrait consister surtout à trouver des façons de l'aider à jouer.

Pour l'enfant handicapé physiquement, le jeu est vraiment un moyen privilégié de développer ses facultés motrices et cognitives. Il doit apprendre à utiliser ses muscles en dépit de ses déficiences ; c'est-à-dire qu'il doit apprendre à développer et à contrôler ses muscles, à développer son sens de l'équilibre, à apprendre à aller chercher, à toucher et à tenir différents objets, à développer sa coordination oeil-main et à détendre ses mains quand elles sont tendues. Il doit apprendre à ramper, à marcher et à trouver les moyens d'explorer ce qui l'entoure. Il doit apprendre à travailler en utilisant son jugement comme le font les autres enfants, c'est-à-dire qu'il doit pouvoir explorer son environnement et connaître ce qui est autour de lui ; il doit trouver ce qu'il peut faire (bouger des objets, pousser une balle, faire du bruit avec sa bouche, ses mains, communiquer sa pensée, etc.). Il doit découvrir comment les choses fonctionnent (que les clés tournent, les portes s'ouvrent, les blocs s'empilent, les balles roulent, etc.).

Il faut essayer de donner plusieurs postures à l'enfant s'adonnant à un jeu avant de trouver celle qui est la meilleure. Le physiothérapeute ou l'ergothérapeute, ainsi que les parents peuvent vous conseiller à ce sujet. Il faut se rappeler qu'un mauvais «positionnement» ou une posture inadéquate nuit à la coordination des mains. Lorsque l'enfant se sert de ses membres supérieurs, il doit pouvoir se concentrer sur cette partie de son corps sans avoir à se préoccuper de ses difficultés d'équilibre.

L'enfant handicapé peut présenter des troubles de l'attention ; l'éducateur doit tenir compte du degré maximum d'attention que l'enfant peut porter à un jeu.

Nous allons indiquer dans les pages suivantes les principales activités en atelier. Il est évidemment impossible de faire l'inventaire complet de toutes les activités. Cependant, les quelques suggestions qui suivent vous feront réaliser qu'il est possible et parfois facile d'adapter une activité.

Si vous vous sentez insuffisamment qualifié pour prendre soin d'un enfant handicapé, n'hésitez pas à consulter un thérapeute en réadaptation qui pourra vous aider à choisir le matériel adéquat et vous suggérer des adaptations.

Jeux de table

Le développement cognitif et sensoriel peut être favorisé par un matériel intéressant et attrayant portant sur la perception et la discrimination de grosseurs, de formes, de textures, de couleurs, d'odeurs, de sons et de bruits différents. Il est très important d'exercer tous les sens de l'enfant afin de développer ceux qui sont atteints, et de compenser par les autres voies d'accès à l'information, le nombre insuffisant des expériences vécues.

Les jeux sont généralement les mêmes pour des enfants physiquement handicapés que pour les autres enfants, mais ne correspondent pas toujours aux mêmes objectifs. Par exemple, le baril vissé peut amener l'enfant à faire des mouvements de rotation du poignet, ou encore à se servir de ses deux mains.

Encastrements

Il existe sur le marché des encastrements de bois où une poignée a été fixée à chaque pièce pour en faciliter la préhension. Si vous n'avez pas de tels encastrements dans votre classe, vous pouvez coller sur les pièces, de grosses perles ou fixer des vis que l'enfant pourra utiliser comme poignée.

Tableaux magnétiques et de feutre

Les tableaux magnétiques ou de feutre sont très utiles aux enfants qui ont des difficultés à saisir et à soulever les objets. L'éducateur peut se procurer des rubans magnétiques qui adhèrent aux jouets et permettent ainsi de les fixer au tableau.

Matériel Montessori

Le matériel qui vise l'apprentissage de gestes précis comme lacer, enfiler, boutonner, apporte à l'enfant de l'assurance en développant au maximum ses habiletés gestuelles.

Jeux de balle et de ballon

Un ballon lourd convient mieux à l'enfant qui a des troubles de coordination parce qu'il peut le garder à portée de la main lorsqu'il le fait rouler. Le ballon de plage est aussi très approprié. Ces ballons obligent l'enfant hémiplégique à se servir de ses deux mains. L'enfant qui a de la difficulté à ouvrir et fermer les mains a également plus de facilité à jouer avec ce genre de ballon. Une balle peut manquer d'intérêt pour un enfant, si elle est trop souvent hors de sa portée ; en y attachant un élastique, l'enfant peut la tirer jusqu'à lui et la reprendre sans l'aide de personne. Cet élastique permet à un enfant plus habile de frapper la balle avec un bâton.

Si l'enfant ne peut s'asseoir sur le sol sans appui, vous pouvez l'installer entre vos jambes, le dos appuyé contre vous.

Jeux d'eau et de sable

Jouer dans un bassin d'eau ou dans un carré de sable offre une multitude de possibilités pour l'enfant handicapé physiquement. Cette activité lui permet de se placer dans différentes positions et d'utiliser ses deux mains en effectuant une grande variété de mouvements tels que : retourner, ouvrir et fermer les mains, faire passer un objet d'une main à l'autre, verser de l'eau ou du sable d'un contenant à l'autre.

Certaines adaptations sont parfois nécessaires, comme par exemple de placer le bac à eau ou à sable sur des blocs pour que l'enfant en chaise roulante puisse placer ses jambes en dessous. On peut aussi attacher les objets à la table, à l'aide d'une corde pour qu'il soit plus facile à l'enfant de les rattraper.

Procurez à l'enfant un grand choix de jouets de grandeurs et de poids différents (bouteilles, tubes, plats, etc.). Faites attention que l'eau ne soit pas trop froide ; elle pourrait dans ce cas nuire à l'exécution des mouvements. L'eau tiède peut aider à détendre et à soulager les articulations des enfants arthritiques. Une période de jeux dans le bassin d'eau tous les matins est une bonne préparation aux activités de manipulation. Si l'enfant a de la difficulté à manipuler des objets, présentez-lui un assortiment de plats en plastique de différentes grosseurs et profondeurs, des bouteilles vides ainsi que des éponges de différentes grosseurs, couleurs et textures.

Jeux de construction

Choisissez des pièces évidées assez grandes pour que l'enfant puisse y introduire les mains. Pour ceux dont la force musculaire est limitée, les pièces doivent être faciles à assembler sans grande pression. On peut aussi fixer du «velcro» aux cubes pour en faciliter la préhension. En choisissant des blocs de construction qui glissent ou qui roulent facilement, on donne la possibilité aux enfants de jouer entre eux.

Jeux de rôles

«Le coin de la poupée» est aussi important pour l'enfant handicapé que pour les autres enfants. Les uniformes d'infirmière, de médecin, la trousse de secours contenant des bandages, des pansements, une seringue-jouet, un stéthoscope présenteront toutefois pour eux un intérêt particulier. L'enfant pourra ainsi exprimer ses craintes et faire connaître les mauvais souvenirs qu'il a gardés de ses séjours à l'hôpital et des interventions médicales qu'il a subies.

Lecture d'histoires

Les histoires permettent aux enfants qui ont vécu des expériences traumatisantes, comme par exemple une hospitalisation inattendue ou prolongée, ou encore un accident d'auto, de prendre une certaine distance par rapport à ces événements passés. Si une histoire touche vivement un enfant ou l'intrigue, offrez-lui de la lui relire seul à seul ; donnez-lui l'occasion de poser des questions et d'exprimer ce qu'il ressent.

Les histoires et les livres illustrés peuvent compenser l'expérience limitée et la pauvreté de vocabulaire que l'on trouve fréquemment chez les enfants handicapés. Certains, par exemple, n'ont jamais eu l'occasion de visiter des magasins, des épiceries, des centres d'achat, des jardins zoologiques ou botaniques, de voir des bateaux, des trains.

Arts plastiques

Les activités d'arts plastiques offrent plusieurs techniques d'expression particulièrement accessibles à l'enfant handicapé. Elles permettent à l'enfant d'adopter la posture convenant à son travail et d'effectuer une grande variété de mouvements.

Nous indiquons ci-après quelques activités d'arts plastiques et leurs possibilités d'adaptation :

Dessin et peinture

Le dessin et la peinture favorisent l'expression, l'amélioration de la préhension et la coordination manuelle. Elles exigent de la précision et, pour cette raison, quelques adaptations sont parfois nécessaires. En plaçant la feuille sur un plan incliné plutôt que sur un plan horizontal, on aidera l'enfant à dégager ses bras et on lui procurera un meilleur angle de vision. La feuille peut être fixée sur la table à l'aide de papier collant ou de pinces attache-feuilles. Pour certains enfants, il est préférable d'utiliser de grandes feuilles de papier afin de faciliter leurs mouvements. Les gros crayons ou les pinceaux à gros manche peuvent être plus facilement utilisés par l'enfant qui éprouve des difficultés de préhension. Si le crayon n'est pas assez gros, on peut en augmenter le diamètre en faisant adhérer de la pâte à modeler au manche ou en le piquant dans une boule de caoutchouc-mousse. On peut aussi mettre de la peinture dans des bouteilles de désodorisant à bille. Le pot de peinture peut être encastré dans une planche fixée à la table ; il sera ainsi plus facile pour l'enfant de prendre la peinture sans en répandre partout. Faites-lui porter un grand tablier pour qu'il ne craigne pas de se salir. Assurez-vous que l'espace est suffisant et que l'enfant ne risque pas de heurter les autres lorsqu'il fait des mouvements brusques.

La peinture digitale fournit l'occasion d'effectuer des mouvements dans toutes les directions et avec tout le bras. Cette activité encourage l'enfant à garder les mains ouvertes, à se servir des deux mains en même temps et à les croiser selon l'axe du corps. L'enfant très handicapé peut réaliser grâce à cette technique certains travaux lui donnant conscience de ses possibilités. De plus, cette activité permet une exploration intéressante des couleurs et des textures.

Collage

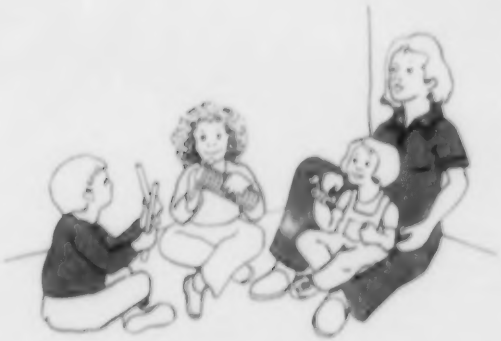
Le collage est une excellente activité parce qu'elle exige l'utilisation des deux mains et qu'elle habitue l'enfant à prendre et lâcher des objets. De plus, elle favorise la coordination oculo-manuelle. En fixant la feuille sur la table avec du papier collant ou une pince attache-feuille et en encastrant le pot de colle dans une planche trouée, la tâche sera plus aisée. L'enseignant peut également, si l'enfant ne peut utiliser des ciseaux pour découper, lui dire de déchirer avec ses doigts les éléments nécessaires à la réalisation de son collage.

Pâte à modeler

Le modelage encourage l'utilisation des deux mains dans différentes positions. C'est un bon moyen pour développer la pince pouce-index. L'enfant peut rouler la pâte, la pincer, la presser, la serrer, l'écraser, l'étirer ou la frapper du poing. Pour les enfants qui présentent des difficultés motrices, on doit s'assurer que la pâte est suffisamment malléable. Si l'enfant ne peut manipuler la pâte à modeler, il est bon de lui mettre des morceaux de différentes grosseurs dans les mains afin de lui faire sentir les différences de grosseur et de texture.

Il ne faut pas demander avec trop d'insistance à l'enfant arthritique de participer aux activités où il doit constamment utiliser ses doigts et ses mains, par exemple, crayonner, découper ou modeler de la pâte. Ces activités devraient être de courte durée dans la mesure du possible ; il faudrait les supprimer si les articulations de l'enfant sont raides. Il est bon de faire précéder ces activités par des jeux dans l'eau tiède.

Musique



La plupart des enfants ont le sens musical ; il faut les encourager aussi à faire leur propre musique. Cette activité est un excellent moyen de favoriser la socialisation et l'intégration du rythme musical et des mouvements du corps. Elle développe également les capacités d'écoute, de discrimination des sons ainsi que la mémoire.

Si l'enfant ne peut tenir un instrument, on peut toujours fixer des bracelets à clochettes à ses poignets ou à ses chevilles et lui demander de faire de la musique en bougeant.

Avec des enfants handicapés moteurs, l'éducateur a avantage à utiliser de la terre glaise plutôt que de la pâte à modeler parce que sa texture est plus agréable et parce qu'on peut facilement la ramollir avec de l'eau.

Quand ils manipulent cette matière pour la première fois, les enfants dont les muscles ou les articulations sont raides ou dont les mouvements sont incoordonnés, peuvent avoir besoin d'aide. Vous pouvez leur faire effectuer différents mouvements en guidant les mouvements difficiles avec vos mains placées sur les leurs.

Il faut toujours demander aux enfants d'utiliser leurs deux mains selon l'axe du corps.

Si l'enfant est incapable de tenir un bâton pour jouer du tambour, il peut se servir de ses mains et de ses coudes. Suspendez le triangle ou la cloche si l'enfant ne peut les tenir et les frapper en même temps. Un enfant incapable de marcher peut participer aux rondes en chaise roulante, ou se placer au centre et jouer d'un instrument pendant que les autres tournent autour de lui. Apprenez aux enfants à connaître les différentes parties du corps par des chansons. Choisissez de préférence des chansons où l'enfant doit faire des gestes avec ses deux mains en même temps. Ayez recours à la musique pour calmer ou stimuler les enfants ou comme signal d'un changement d'activité. La musique peut aider un enfant dont les problèmes de santé se manifestent par des crises ; elle peut aussi aider à ramener le calme dans le groupe lorsqu'une crise a lieu.

Sciences de la nature

Si vous avez dans votre classe un enfant asthmatique ou allergique, choisissez avec le plus grand soin l'animal ou les matériaux utilisés dans les activités de sciences naturelles. Le poil des animaux et leurs excréments, la poussière et le pollen des plantes sont des substances particulièrement allergènes. Choisissez plutôt des animaux comme les lézards, les poissons, les tortues plutôt que des gerboises, des souris ou des hamsters. Choisissez aussi de préférence des plantes grasses.

Jeux stimulant la mobilité

Il est souvent difficile d'amener l'enfant handicapé à se déplacer. Des jeux tels que les camions, les autos, les trains, obligent l'enfant à se déplacer.

Certains enfants ont assez de force dans les jambes pour faire tourner les pédales d'une auto-jouet. Cependant, si cette activité physique est souhaitable pour l'enfant ayant un bon équilibre, elle n'est pas recommandée à ceux qui présentent une atteinte cérébrale parce qu'ils sont trop tendus et utilisent mal leurs muscles.

On peut faire avancer certaines voiturettes de type commercial sans avoir besoin des jambes ; elles sont mues par la force des bras. Ces voiturettes sont idéales pour les enfants qui peuvent s'asseoir, les jambes allongées et sans support. Ce type de véhicule devrait pouvoir être utilisé en dehors des périodes de jeux ; il aide les enfants à se déplacer et peut les amener à participer plus facilement à d'autres activités [illegible] remplacer une voiture de [illegible] être construite de manière à [illegible] s'y appuyer en la poussa[illegible]sante pour ne pas basc[illegible]

Les objets tirés par une corde obligent l'enfant à marcher, mais constituent un danger pour celui qui marche avec des béquilles. Les jeunes enfants ont souvent des béquilles à trois ou quatre pieds ; la corde peut facilement s'y entremêler et lui faire perdre l'équilibre. C'est aussi un problème pour les enfants en fauteuil roulant ; la corde se prend dans les roues.

3.2.3 *Problèmes particuliers*

Première rencontre

L'enfant handicapé est un enfant jovial, taquin et charmant. Il a souvent affaire aux professionnels de la santé et il les connaît bien. Si la première rencontre avec lui a lieu dans un climat de détente, de confiance et d'amitié, il sera facile d'obtenir sa confiance. Ce premier contact se fait en présence des parents qui présentent eux-mêmes leur enfant en fournissant tous les renseignements importants sur sa vie quotidienne : comment communique-t-il ? comment mange-t-il ? quelles sont ses meilleures positions ? quel est son degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ? comment se déplace-t-il ? etc. L'enfant sent l'intérêt qu'on lui porte et est, de prime abord, sécurisé.

À la suite de cette première rencontre, il peut être important d'expliquer aux autres enfants qu'un de leurs camarades a des difficultés à se mouvoir et peut-être à communiquer. Il est étonnant parfois de voir les liens d'amitié qui peuvent s'établir. Cet enfant n'aura pas alors besoin de surprotection, mais plutôt d'une attention particulière.

Certains enfants ont fait des séjours à l'hôpital fréquents ou prolongés ; d'autres ont fait l'expé-

rience de la douleur durant des traitements médicaux. Le contact avec de nouveaux adultes est alors particulièrement difficile et l'enfant peut rester fermé à toutes les tentatives de communication pendant un certain temps.

Les bonnes et les mauvaises positions :

Sur une chaise ordinaire

Lorsque l'enfant est assis sur une chaise ordinaire, vous devez vous assurer que ses hanches sont bien fléchies, que son poids est bien réparti sur ses deux fesses, que ses pieds sont à angle droit avec les jambes et que son dos est droit.

Bonne position

Mauvaise position

Assis par terre

Demandez à l'enfant de s'asseoir, les jambes étendues et légèrement écartées ou encore les deux jambes repliées du même côté ; ces positions permettent une bonne rotation du tronc. Il est parfois pratique de vous asseoir derrière l'enfant pour le supporter et l'aider à mouvoir les bras.

Mauvaise position

Autant que possible ne laissez pas l'enfant s'asseoir les jambes repliées et écartées ; cette position risque de provoquer une luxation des hanches (voir figure : mauvaise position). Il ne faut pas non plus laisser l'enfant s'asseoir «en tailleur». Cette position, quoique excellente et fréquemment adoptée par l'enfant non handicapé, est à déconseiller à plusieurs enfants handicapés moteurs.

Assis à une table

L'enfant en fauteuil roulant devrait toujours pouvoir placer ses pieds sous la table. À cet effet, la hauteur de certaines tables peut se régler au moyen de pattes ajustables. Autant que possible, l'enfant devrait être assis sur une chaise ordinaire, à une table ordinaire et avec un minimum de support.

Debout

Se tenir debout donne à l'enfant une autre vision de son entourage et de lui-même. Si l'enfant peut travailler debout à une table, veillez à ce que celle-ci ne soit pas trop basse ni trop haute. La table doit arriver environ à la hauteur des aisselles. Faites attention à ce que la position de l'enfant soit correcte : son poids doit être également réparti sur ses deux jambes, la pointe des pieds tournée vers l'avant et les talons appuyés au sol.

Couché

L'enfant peut aussi jouer couché sur le ventre. Afin qu'il puisse se servir de ses bras plus facilement, on peut le coucher sur un plan incliné ou sur un matelas en utilisant un coussin en forme de rouleau ou de triangle comme le montre la figure ci-dessous. On peut aussi coucher l'enfant sur le côté en le maintenant par des coussins ou un oreiller. Cette position est excellente, car elle maintient la tête droite, les bras de l'enfant étant étendus vers l'avant.

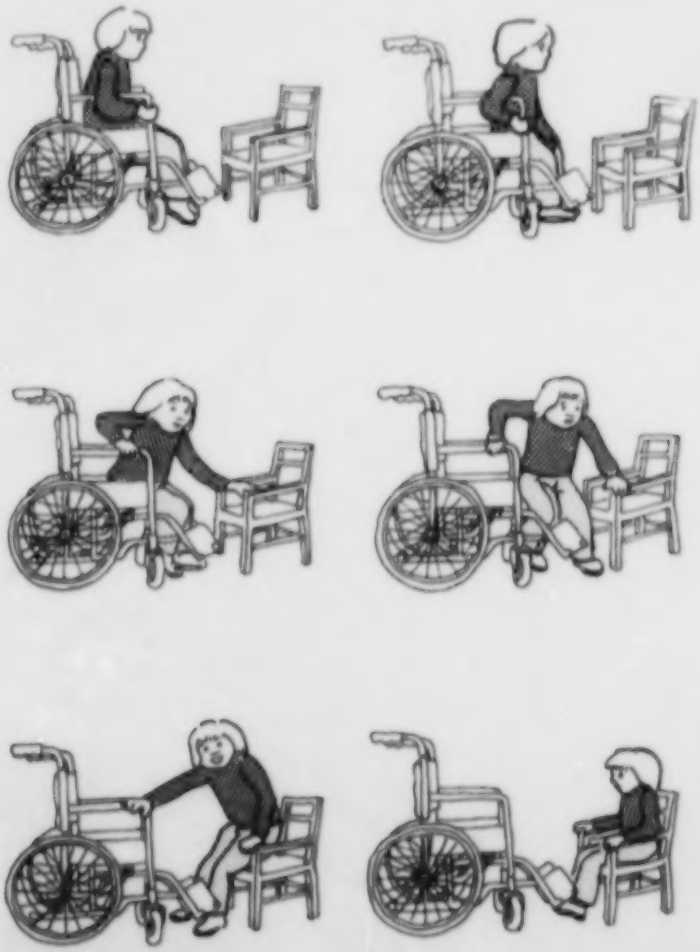
Bonne position

Il faut donner à l'enfant la possibilité d'essayer différentes positions. Il pourra ainsi mieux explorer son corps et son environnement et, par conséquent, avoir une meilleure perception de lui-même et de ce qui l'entoure.

Le fauteuil roulant doit être considéré comme une aide technique parmi d'autres permettant d'asseoir l'enfant et de lui faciliter les déplacements ; mais l'enfant ne doit jamais y demeurer assis toute la journée.

Passage de l'enfant d'un fauteuil roulant à une chaise ordinaire

Les figures ci-dessous montrent comment la plupart des jeunes enfants passent de leur fauteuil roulant à une chaise ordinaire. Assurez-vous que les freins sont mis.



La fatigabilité

Dans l'organisation des activités scolaires, l'éducateur doit tenir compte de la fatigabilité des enfants en prévoyant des périodes de repos et en alternant les activités qui demandent beaucoup d'action avec des activités plus calmes. Il doit aussi répartir convenablement les jeux individuels et les jeux de groupe.

Il ne faut pas interdire à l'enfant certaines activités sous prétexte qu'il se fatigue rapidement, sauf lorsque l'une d'entre elles présente un danger sur le plan physique ou émotif. Aidez-le plutôt à mieux organiser son emploi du temps.

Le coin de repos, important pour tous les enfants, est essentiel à ceux qui présentent des problèmes de santé.

Problèmes de salivation

Quand l'enfant présente des réflexes pathologiques, la déglutition ne se fait pas normalement. C'est pour cette raison que l'enfant a tendance à baver. Il n'existe pas de recette miracle pour éliminer ce problème. Il est inutile de répéter constamment à l'enfant d'avaler. Il vaut mieux garder des mouchoirs à la portée de la main et plastifier le matériel. Ces mesures auront pour effet de diminuer la sensation désagréable d'avoir du matériel mouillé.

Problèmes de langage

Stimulez le langage de l'enfant

Votre travail portera généralement fruit après quelques mois de patience et de stimulation constante. Les activités suggérées dans les guides

pédagogiques fournissent maintes occasions de stimuler le langage des enfants. Le premier principe à suivre doit être d'exprimer oralement tout ce que vous faites. Vous devez être un bon modèle verbal pour tous les enfants. Un deuxième principe important est de toujours attendre une réponse de l'enfant, qu'elle soit verbale ou non. Il est facile de donner un jouet ou un fruit à l'enfant sans attendre qu'il verbalise son désir. C'est encore plus facile pour l'enfant de l'accepter sans avoir à faire d'effort. Les exigences doivent également croître au rythme des acquisitions. Chaque pas en amène un autre : des gestes, des sons, des mots, des phrases de deux mots, trois mots, des phrases avec sujet — verbe — complément.

Toute activité peut servir à stimuler le langage : jouer, s'habiller, manger, boire, raconter des histoires, dessiner, bricoler. Chacune amène un vocabulaire nouveau, de nouvelles questions, de nouvelles associations. Il s'agit de verbaliser, d'attendre des réponses et de toujours reformuler la réponse fournie par l'enfant en utilisant une meilleure structure syntaxique et morphologique.

L'application de ces conseils pratiques sera également profitable à tous les enfants avec ou sans problèmes de langage.

Retards du langage

Les retards du langage découlent d'une difficulté de compréhension ou d'expression. L'enfant peut manifester de la difficulté à comprendre une phrase dans sa structure normale ou certains termes comme les verbes, les qualificatifs, les mots de relation, les notions spatiales et temporelles. Par exemple, il ne peut répondre à la question : «Où est la pomme ?, parce qu'il ne comprend pas le sens du mot «où».

Au niveau de l'expression, les retards du langage se manifestent par exemple par la faiblesse des structures syntaxiques ; par un vocabulaire actif limité et approximatif (l'affaire, quelque chose, etc.) ; par la méconnaissance des notions catégorielles ; par des phrases agrammatiques traduisant une pensée floue (il dira par exemple, «moi aller école» pour je vais à l'école).

Si l'enfant ne répond pas à la consigne ou à la question, ce n'est pas par manque d'attention ; c'est qu'il ne comprend peut-être pas ce qu'on dit. Il ne faut jamais laisser l'enfant dans cette situation d'échec. En diminuant la complexité de la consigne, en l'aidant à trouver la réponse par des questions, vous pouvez susciter chez l'enfant un sentiment de réussite ; il en sera grandement encouragé. Apprendre à poser des questions ouvertes appelant une autre réponse que oui ou non n'est pas une mince tâche. N'oubliez pas que les mots : «pourquoi», «comment», «combien» sont difficiles à comprendre. C'est en gardant présents à la mémoire ces divers conseils que vous arriverez à fournir la meilleure stimulation possible aux enfants qui présentent des retards du langage. Si les services d'un orthophoniste-audiologiste sont disponibles, n'hésitez pas à y recourir et à demander conseil.

Ne croyez pas, sans preuves suffisantes, que le retard du langage chez un enfant est uniquement imputable à une déficience intellectuelle. L'expérience a démontré qu'après plusieurs mois de stimulation intensive, certains enfants ont progressé convenablement. On peut cependant observer que le manque de stimulation dans le milieu familial a des répercussions plus grandes chez l'enfant handicapé physiquement.

Troubles d'origine neurologique

Les atteintes d'origine cérébrale occasionnant souvent des paralysies ou des troubles phasiques, arthriques ou praxiques.

Troubles phasiques

À la suite d'une atteinte cérébrale, des problèmes plus ou moins graves de la compréhension (aphasie réceptive) ou de l'expression (aphasie expressive) peuvent se manifester. L'enfant peut être ou non conscient de ses erreurs.

Voici quelques exemples d'erreurs. Il peut avoir de la difficulté à trouver le terme exact pour nommer une chose : par exemple, il regardera un chien et dira : «c'est un cheval, un chat, un éléphant», mais ne pourra trouver le mot chien. La structure de la phrase peut être correcte et la pensée être incohérente. L'enfant tournera autour de la question en ayant beaucoup de difficultés à y répondre. Les troubles phasiques peuvent aussi prendre la forme d'un discours agrammatique.

Les conseils donnés sur la manière d'agir en présence de retards du langage peuvent également s'appliquer ici. Lorsque l'enfant construit des phrases incorrectes, le support d'images peut lui fournir une aide efficace. Vous pouvez lui faire décrire l'action illustrée par l'image et l'aider à compléter la phrase en lui indiquant du doigt les éléments qui manquent. Certains livres d'histoires se prêtent assez bien à ce genre d'activité.

Vous pouvez aussi faire de «l'ébauche» verbale : demandez à l'enfant de vous regarder et faites des lèvres le mouvement correspondant au premier phonème du mot qu'il cherche. Ou encore donnez-lui des indices sur la forme, la couleur, etc.

Il est important de ne pas parler à la place de l'enfant et d'avoir la patience d'attendre un effort de sa part.

Troubles arthriques

Les troubles arthriques se manifestent par une incoordination motrice des organes phonateurs se traduisant par divers troubles de l'articulation des phonèmes et du mécanisme de la respiration.

La rééducation de l'enfant atteint de cette incoordination motrice relève davantage de l'orthophoniste que de l'éducateur. Pour ce dernier, ce qui importe, c'est de favoriser le calme et la détente lorsque l'enfant parle.

Placez l'enfant dans la position la plus favorable pour lui et demandez-lui de bouger le moins possible ses bras, ses jambes et sa tête : ces moyens amélioreront l'intelligibilité de la parole. Si vous ne comprenez pas l'enfant, aidez-le en lui posant des questions ou en lui demandant de s'exprimer avec un autre mot. Si l'enfant est examiné par un orthophoniste, vous pourrez mieux comprendre les sons qu'il est incapable d'articuler en connaissant déjà leurs substituts. Par un jeu de suppléance mentale, vous arriverez alors à décoder le message. Si l'enfant ne peut être vu par un orthophoniste, vous pouvez faire vous-même l'analyse phonétique à l'aide d'échantillons de langage. Vous pouvez également demander à l'enfant de parler plus lentement et de mieux prononcer les mots. Ne vous impatientez pas lorsque vous ne comprenez pas l'enfant ; établissez plutôt un code commun afin d'éviter toute frustration de part et d'autre.

Ces enfants possèdent très souvent des structures de phrases adéquates et une excellente compréhension. Mais le contact n'est pas toujours facile, compte tenu des difficultés à les comprendre. Il faut utiliser tous les moyens possibles pour les faire progresser et interagir avec le milieu.

Troubles praxiques

Les troubles praxiques se manifestent par une dissociation dans l'exécution des mouvements volontaires et involontaires des organes phonateurs. Autrement dit, l'enfant peut tirer la langue pour lécher un suçon, mais ne peut le faire sur une demande verbale telle que «tire la langue». Ces troubles peuvent être légers ou assez graves pour rendre l'expression orale inintelligible.

Pour aider l'enfant, vous pouvez lui faire faire des exercices buccaux sous forme de jeux : identifier et exécuter différentes expressions faciales ou des mimiques, faire semblant de souffler, de donner des baisers par exemple. L'éducateur, avec ses mains, ne doit pas avoir peur d'aider l'enfant à faire tel ou tel mouvement de la bouche. Si vous restez attentifs aux sons que l'enfant peut émettre spontanément, vous pouvez associer le son à quelque chose de significatif par rapport au langage. Par exemple, l'enfant fait : «Oh !», vous lui dites : «C'est comme de l'eau, ta bouche fait un rond».

Paralysie

La paralysie se manifeste par une absence complète ou une diminution considérable du mouvement. Par exemple, si le voile du palais (la luette) ne bouge pas, l'enfant aura une voix nasillarde ; dans d'autres cas, l'étirement des lèvres ne se fait pas ou se fait d'un seul côté ou encore les cordes vocales ne vibrent pas.

Troubles d'articulation

Les troubles d'articulation se situent au niveau du phonème, mais ne dépendent pas d'un problème neurologique. C'est une erreur permanente, inconsciente et systématique dans l'exécution des mouvements à faire pour produire un phonème déterminé. L'enfant n'a pas trouvé le mouvement précis et a adopté une mauvaise habitude motrice. Plusieurs enfants de 4 et 5 ans n'ont pas acquis tous les phonèmes (tels les ch - j - r). Ne manquez pas de détecter des problèmes d'articulation là où l'enfant paraît évoluer normalement. Des malformations au niveau des dents, des lèvres, de la langue, du voile du palais ou du larynx peuvent également entraîner des troubles de l'articulation. Ces malformations sont plus fréquentes chez les enfants handicapés physiquement que chez les autres.

Ces troubles d'articulation peuvent se manifester, par exemple, par le remplacement (substitution) d'une ou de plusieurs consonnes par une seule (ex.: tato (chapeau), tato (cadeau), teteu (cheveu), ...) ; par le remplacement d'une consonne par une autre phonétiquement proche (assourdissement, sonorisation, ex.: pattre : battre, gouteau : couteau, chouchettes : chaussettes) ; par des sigmatismes interdentaux (langue introduite entre les incisives) ou latéraux (projection d'air à l'intérieur des joues) ; ou par l'absence d'un son (omission).

Il s'agit de fournir un bon modèle verbal à l'enfant et non lui faire répéter le mot ou la phrase mal prononcée. L'enfant apprend par imitation. Certains exercices peuvent être faits pour améliorer les mouvements des lèvres, de la langue, du voile du palais, de la cage thoracique et de la respiration. Indiquons quelques exemples : se faire des grimaces, des mimiques dans le miroir ; produire des onomatopées comme le bruit des animaux, de l'auto, du

train, etc. Ces exercices augmenteront la précision des mouvements des organes phonateurs nécessaires à une bonne articulation.

Il importe d'abord de vérifier si l'enfant est capable de prononcer un phonème isolé occupant différentes positions dans le mot (au début, au milieu, à la fin). S'il n'en est pas capable, on peut l'aider par des jeux buccaux en commençant par des phonèmes voisins de celui-ci et arriver progressivement au phonème qui présente une difficulté.

S'il est capable de prononcer le phonème isolé, vous pouvez faire des exercices de prononciation où le phonème se situe dans différentes positions.

Vous pouvez aussi faire semblant de comprendre un autre mot que celui que veut dire l'enfant, ce mot ressemblant à celui qu'il prononce.

Troubles de la parole

Les troubles de la parole portent sur les premiers ensembles phonétiques que sont les mots. Souvent l'enfant a une très bonne articulation, mais il se bâtit, à l'intérieur des mots, un système de règles phonologiques qui les transforme et les rend souvent inintelligibles. La suppression de certaines consonnes (l'ébe : l'herbe, chaussu : chaussure), le remplacement d'une consonne par une autre (appédit : appétit, oiveau : oiseau) et le déplacement d'un phonème (bourette :, brouette, pestacle : spectacle) en sont les principales manifestations.

Bégaiement

Le bégaiement est un trouble de la parole qui se traduit par des hésitations, des répétitions ou des blocages au niveau des sons, des syllabes ou des mots. Il est trop tôt pour parler de problèmes de bégaiement chez des enfants de 4 à 5 ans, surtout quand ils ont un handicap physique. Entre 2 et 4 ans, c'est un phénomène normal dans l'acquisition du langage. Toutefois, par votre attitude, vous pouvez faire en sorte que cela ne devienne pas un problème. Voici quelques suggestions : il ne faut pas donner de conseil à l'enfant (comme «parle moins vite»), ni lui indiquer des trucs ; il faut plutôt, par votre attitude, créer une ambiance de calme et de confiance. N'insistez pas sur des consignes comme : arrête, relaxe-toi, parle plus lentement, pense à ce que tu veux dire, respire profondément, etc.

Faites de «l'écoute active», montrez-vous intéressé à ce qu'il dit. La meilleure façon d'éviter de porter attention à son bégaiement, c'est être vraiment intéressé à ce qu'il dit et non à comment il le dit. Parlez calmement sans vous hâter, l'enfant vous imitera. Ne poussez jamais l'enfant à parler devant des étrangers ou lorsqu'il fait une crise émotive. Certains jours, l'enfant est tendu et bégaie plus que d'habitude ; il faut éviter alors de le faire beaucoup parler. Profitez par contre de ses bonnes journées.

Troubles de la voix

Parce qu'ils ont souvent des problèmes au niveau du mécanisme respiratoire (inspiration et expiration très courtes, mauvais «positionnement»), et du tonus musculaire, les enfants handicapés physiquement présentent souvent des troubles de la voix (voix trop basse, trop aiguë, assourdie, etc.).

Si l'enfant parle trop bas ou trop haut, parlez-lui à voix basse, ou s'il a une voix trop aiguë, prenez une voix grave pour lui parler, il vous imitera.

Trouble du rythme

Les problèmes moteurs et respiratoires sont parfois responsables d'un débit trop lent ou trop rapide, ou encore d'un rythme monotone ou saccadé.

Certains jeux, comme frapper dans les mains en suivant les mots, reproduire un rythme musical en disant les paroles ou chanter, aident les enfants à prendre conscience de la vitesse et vous pouvez l'amener à parler plus lentement en répétant une partie de son énoncé sous forme de questions. Si vous parlez vous-mêmes plus lentement, l'enfant aura tendance à vous imiter.

Absence de langage oral

Il est possible que des jeunes enfants handicapés physiquement de 4 et 5 ans ne parlent pas du tout. Les principaux responsables en sont l'anarthrie[1], l'apraxie[1], l'aphasie[1], la mutité[1] ou le manque d'incitation à la communication verbale. Il faut alors évaluer leurs modes de communication existants ou possiblement à développer (les gestes, les mouvements oculaires, les mimiques, les cris, les onomatopées, le dessin peut-être). Vous pouvez également construire des tableaux de communication tels que des photos représentant des personnages ou des images d'objets, d'actions et de lieux faisant partie de la vie de l'enfant. Les parents connaissent leur enfant et peuvent vous donner des informations sur ses modes de communication. Toutefois, il est important que l'enfant puisse être évalué par une orthophoniste-audiologiste.

1 Vous trouverez une définition de ces termes dans le lexique situé en annexe.

Un système de communication par tableaux de symboles appelé Bliss [1] a également fait ses preuves en matière de communication non verbale. Toutefois, ce système n'est pas accessible à tous les enfants de 4 à 5 ans. Nous terminerons cette partie sur l'intervention par quelques conseils pouvant vous aider en présence des difficultés physiques que ces jeunes peuvent éprouver.

Précautions

Voici quelques recommandations sur les procédures à suivre en cas de malaises ou d'accidents. Il est important d'être bien préparé, non seulement pour savoir quoi faire, mais aussi pour agir de manière à ne pas effrayer l'enfant malade ou blessé, ni les autres enfants de la classe. Certains enfants peuvent ressentir des malaises liés à une déficience organique qui nécessiteront des mesures d'urgence. Les cas d'urgence les plus courants sont les suivants : les saignements chez l'enfant hémophile, les convulsions chez l'enfant épileptique, les déséquilibres chimiques du sang chez l'enfant diabétique, les effets des médicaments, les empoisonnements, les blessures à la tête, l'état de choc, l'étouffement bloquant l'apport d'oxygène.

Informez-vous auprès des parents de l'enfant, de l'infirmière de l'école ou du médecin sur les risques de crise ou de maladie. Gardez sous la main une liste des numéros de téléphone des personnes que vous devez contacter ainsi que la procédure à suivre.

Si l'enfant fait une crise ou s'il tombe subitement malade, n'allez pas en déduire que vous avez fait une erreur ou que les activités choisies n'étaient pas bonnes pour l'enfant. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à provoquer cet état. Il est très important de toujours en avertir les parents et de signaler les faits à la direction de l'école.

Face à un accident ou une crise, vous pouvez vous sentir démuni ou paniqué ; cela est tout à fait normal. Cependant, vous pouvez arriver à surmonter cette difficulté et aider les autres en connaissant bien les procédures d'urgence. Révisez ces procédures avec les parents, le médecin ou l'infirmière. Vous réussirez à préparer les enfants à cette éventualité et à les calmer lorsque cela se produira si vous êtes vous-mêmes adéquatement préparé.

La page suivante indique certaines précautions à prendre vis-à-vis de l'enfant qui présente une déficience organique. (Réf. : tableau no 4).

1 Pour plus d'information, contactez l'Association de Paralysie cérébrale du Québec, Centre de ressource pour le système Bliss, 525, boul. Hamel E., Sous-sol / Aile A, suite A-50, Québec, G1M 2S8, tél. : 209-5371.

Tableau no 4

EXEMPLES DE PRÉCAUTIONS RELATIVES À CERTAINES DÉFICIENCES ORGANIQUES

DÉSORDRES CONVULSIFS :	«Grand mal»	«Petit mal»
	Avertissez les parents si l'enfant est somnolent.	Évitez les fatigues excessives, les émotions fortes, les contrariétés intenses.
	Sachez quoi faire en cas de crise, même si l'on vous dit qu'il est peu probable qu'elle se produise.	Faites attention que l'enfant ne se blesse pas avec un outil coupant ou pointu. Quand vous donnez des consignes, assurez-vous que l'enfant les a bien entendues.
TROUBLES RESPIRATOIRES :	Asthme	
	Sachez quoi faire en cas de crise. Éliminez de la classe les substances allergènes.	
TROUBLES MÉTABOLIQUES :	Diabète juvénile	Obésité
	Désinfectez toute blessure, même légère. Évitez les engelures durant l'hiver. Sachez comment reconnaître les réactions d'hypoglycémie et comment agir si elles se produisent. Gardez toujours du sucre ou du chocolat dans la classe.	Portez-lui une attention spéciale durant la collation. Encouragez-le à l'action.
TROUBLES CARDIAQUES :	Évitez à l'enfant les fatigues excessives, les efforts physiques violents et les états émotifs intenses. Prévenez les infections respiratoires. Sachez quoi faire en cas d'insuffisance cardiaque ou d'état de choc.	
TROUBLES AU NIVEAU DES CELLULES DU SANG :	Hémophilie	Anémie chronique
	Évitez à l'enfant tout traumatisme à la tête, au cou et à l'abdomen. Sachez exactement quoi faire en cas de traumatismes violents ou d'hémorragie. Avertissez les parents si l'enfant se plaint de maux de tête, de nausée, etc.	Évitez à l'enfant les fatigues excessives.
TROUBLES RÉNAUX :	Évitez à l'enfant les fatigues excessives, les infections et les refroidissements (surtout aux pieds). Demandez à l'enfant de boire beaucoup d'eau. Retirez l'enfant de l'école en cas de maladies contagieuses.	

Effets des médicaments

Habituellement, les médicaments sont administrés à la maison avant ou après la classe ; cependant pour différentes raisons, les parents peuvent vous demander de les donner à l'enfant. Vous devez savoir qu'à moins d'entente préalable avec les parents, aucun médicament ne doit être donné à un enfant handicapé ou non, même s'il s'agit d'aspirine ou de sirop pour le rhume. Certains produits vendus sans ordonnance peuvent vous apparaître sans danger, mais administrés à des enfants qui prennent d'autres médicaments, ils peuvent provoquer des réactions dangereuses et devenir un vrai poison. De plus, certains enfants sont allergiques à plusieurs de ces produits.

Tout médicament doit être correctement identifié et gardé hors de la portée des enfants, et autant que possible dans un endroit sous clé.

Les médicaments ont parfois des effets secondaires qui influencent le comportement de l'enfant. Ces effets sont généralement prévisibles et inévitables ; ils sont aussi quelquefois des indices de problèmes nouveaux. Vous devriez toujours être informé quand un enfant commence une nouvelle médication ou quand l'ordonnance est changée.

Des informations précises sur la médication peuvent vous être nécessaires. Sachez par exemple comment, quand et combien en donner, les effets à surveiller après l'administration et les effets qu'elle est supposée produire sur le comportement de l'enfant. Il est important qu'une autre personne à l'école connaisse aussi ces informations au cas où vous devriez vous absenter.

4e CHAPITRE

4. MESURE ET ÉVALUATION

4.1 Ce que vous devez connaître de l'enfant

4.1.1 Informations préalables

4.1.2 Observation

4.1.3 Dépistage et évaluation

4.1 Ce que vous devez connaître de l'enfant

Les informations qui ont été données dans ce guide sur l'enfant handicapé physiquement sont très générales. Aucun enfant ne répond à cette description dans son ensemble. Chaque enfant ne ressemble à aucun autre, tant en ce qui concerne sa déficience physique que son comportement. Vous devez donc vous informer sur les particularités de l'enfant que vous recevez, apprendre à l'observer et à dépister ce qui pourrait faire obstacle à son développement et à ses apprentissages scolaires. Il vous faut aussi évaluer ses capacités, ses limites, ses progrès ou ses blocages, tout en tenant compte des limites des instruments utilisés généralement avec les enfants non handicapés.

Vos observations devraient vous permettre de reconnaître les indices significatifs des forces et des faiblesses de l'enfant. Pour obtenir des informations plus précises sur la nature des difficultés, il vous sera nécessaire d'utiliser des instruments de diagnostic. Ces informations devront être synthétisées sous forme d'un profil des forces et des faiblesses. Ce profil devrait vous permettre, en plus d'élaborer un plan d'intervention, de choisir les moyens d'action adaptés aux besoins de l'enfant. Si vous jugez que l'enfant devrait être adressé à un spécialiste, vous devez alors préparer un dossier en conséquence.

Ce processus d'évaluation est le même pour tous les enfants ; cependant, lorsqu'il s'agit d'un enfant handicapé physiquement, il doit être effectué avec prudence et discernement, et tenir compte des relations entre les différents aspects de son développement.

Le bilan fonctionnel et plan d'action élaboré par le ministère de l'Éducation intègre toutes ces étapes et peut considérablement vous aider à systématiser ce plan d'intervention. Cependant, il a été élaboré en fonction de tous les élèves sans distinction. C'est pourquoi nous vous proposons quelques suggestions relatives à l'enfant handicapé physiquement.

4.1.1 *Informations préalables*

Voici une série de questions que vous pouvez poser

- soit aux parents ;
- soit à l'infirmière de l'école ;
- soit aux spécialistes en réadaptation ;
- soit à l'orthophoniste-audiologiste.

Une partie de ces questions concerne tous les enfants, d'autres concernent plus particulièrement l'enfant ayant une déficience motrice ou une déficience organique. Vous devez donc sélectionner celles qui vous apparaissent appropriées à votre élève et les compléter, si besoin est, par d'autres questions.

Ces questions concernent les enfants qui ont une déficience motrice :

Fatigabilité :
- Se fatigue-t-il rapidement ?
- Quelles activités sont susceptibles de lui demander trop d'énergie ?
- Doit-on prévoir des périodes de repos, de détente dans son horaire ?

Déplacement :
- Comment se déplace-t-il ?
- Tombe-t-il souvent ?
- Peut-il monter et descendre les escaliers ?

Appareils :
- Y a-t-il des points particuliers à surveiller ?
- Comment fonctionne l'appareil ?

Positionnement :
- A-t-il de la difficulté à garder son équilibre lorsqu'il est :
  - assis sur le sol ?
  - assis sur une chaise ?

Préhension :
- L'enfant a-t-il des difficultés à manipuler des objets ?
- Peut-il lever une boîte à l'aide de ses deux mains ?
- Peut-il pointer l'index ?
- Peut-il prendre un objet d'une main et le transférer dans l'autre ?
- Peut-il prendre un petit objet entre le pouce et l'index ?
- Peut-il tenir un crayon, s'en servir pour dessiner, pour écrire ?

Ces questions concernent les enfants qui ont des difficultés de langage :

Parole :
- Comment se comporte-t-il si vous n'arrivez pas à comprendre ce qu'il essaie de vous dire ?

4.1 Ce que vous devez connaître de l'enfant

Les informations qui ont été données dans ce guide sur l'enfant handicapé physiquement sont très générales. Aucun enfant ne répond à cette description dans son ensemble. Chaque enfant ne ressemble à aucun autre, tant en ce qui concerne sa déficience physique que son comportement. Vous devez donc vous informer sur les particularités de l'enfant que vous recevez, apprendre à l'observer et à dépister ce qui pourrait faire obstacle à son développement et à ses apprentissages scolaires. Il vous faut aussi évaluer ses capacités, ses limites, ses progrès ou ses blocages, tout en tenant compte des limites des instruments utilisés généralement avec les enfants non handicapés.

Vos observations devraient vous permettre de reconnaître les indices significatifs des forces et des faiblesses de l'enfant. Pour obtenir des informations plus précises sur la nature des difficultés, il vous sera nécessaire d'utiliser des instruments de diagnostic. Ces informations devront être synthétisées sous forme d'un profil des forces et des faiblesses. Ce profil devrait vous permettre, en plus d'élaborer un plan d'intervention, de choisir les moyens d'action adaptés aux besoins de l'enfant. Si vous jugez que l'enfant devrait être adressé à un spécialiste, vous devez alors préparer un dossier en conséquence.

Ce processus d'évaluation est le même pour tous les enfants ; cependant, lorsqu'il s'agit d'un enfant handicapé physiquement, il doit être effectué avec prudence et discernement, et tenir compte des relations entre les différents aspects de son développement.

Le bilan fonctionnel et plan d'action élaboré par le ministère de l'Éducation intègre toutes ces étapes et peut considérablement vous aider à systématiser ce plan d'intervention. Cependant, il a été élaboré en fonction de tous les élèves sans distinction. C'est pourquoi nous vous proposons quelques suggestions relatives à l'enfant handicapé physiquement.

4.1.1 *Informations préalables*

Voici une série de questions que vous pouvez poser

- soit aux parents ;
- soit à l'infirmière de l'école ;
- soit aux spécialistes en réadaptation ;
- soit à l'orthophoniste-audiologiste.

Une partie de ces questions concerne tous les enfants, d'autres concernent plus particulièrement l'enfant ayant une déficience motrice ou une déficience organique. Vous devez donc sélectionner celles qui vous apparaissent appropriées à votre élève et les compléter, si besoin est, par d'autres questions.

Ces questions concernent les enfants qui ont une déficience motrice :

Fatigabilité :
- Se fatigue-t-il rapidement ?
- Quelles activités sont susceptibles de lui demander trop d'énergie ?
- Doit-on prévoir des périodes de repos, de détente dans son horaire ?

Déplacement :
- Comment se déplace-t-il ?
- Tombe-t-il souvent ?
- Peut-il monter et descendre les escaliers ?

Appareils :
- Y a-t-il des points particuliers à surveiller ?
- Comment fonctionne l'appareil ?

Positionnement :
- A-t-il de la difficulté à garder son équilibre lorsqu'il est :
  - assis sur le sol ?
  - assis sur une chaise ?

Préhension :
- L'enfant a-t-il des difficultés à manipuler des objets ?
- Peut-il lever une boîte à l'aide de ses deux mains ?
- Peut-il pointer l'index ?
- Peut-il prendre un objet d'une main et le transférer dans l'autre ?
- Peut-il prendre un petit objet entre le pouce et l'index ?
- Peut-il tenir un crayon, s'en servir pour dessiner, pour écrire ?

Ces questions concernent les enfants qui ont des difficultés de langage :

Parole :
- Comment se comporte-t-il si vous n'arrivez pas à comprendre ce qu'il essaie de vous dire ?

— Donnez des exemples des mots :
  — qu'il peut prononcer correctement ?
  — qu'il trouve difficiles ou impossibles à dire ?
  — qu'il fait comprendre par geste ?
— L'effort qu'il fait pour parler le rend-il raide ? provoque-t-il des mouvements involontaires ?
— Son habileté manuelle est-elle moins bonne quand il parle ?
— Avec qui parle-t-il plus volontiers ? avec ses parents ? avec des enfants ?
— Est-ce qu'il est capable de chanter ?

Activités complémentaires

Alimentation :
— Mange-t-il seul ?
— Est-ce qu'il a tendance à s'étouffer ?
— Peut-il manger avec une cuiller ?
— Peut-il manger avec une fourchette ?
— Comment tient-il ses ustensiles ?
— Y a-t-il certains aliments qu'il ne peut pas manger ?
— Est-ce qu'il est capable de boire avec un verre ? Sinon, de quelle aide a-t-il besoin ?

Habillage :
— Avec quels vêtements éprouve-t-il des difficultés ?
— L'enfant peut-il collaborer ?
— Quand il essaie de s'habiller seul s'assoit-il par terre ? sur une chaise ? se tient-il debout ?
— Quels vêtements peut-il mettre ? enlever ?
— Peut-il : boutonner ? lacer ? faire des boucles ? remonter ou descendre une fermeture-éclair ? attacher des bandes «velcro», attacher ou détacher des boutons à pression ?

Toilette — hygiène :
— Est-il continent (propre) le jour ? la nuit ?
— Lui arrive-t-il occasionnellement de se salir ?
— Porte-t-il des couches ?
— A-t-il besoin d'un pot spécial ?
— Peut-il s'asseoir sans difficulté sur le pot ? sur le siège des toilettes ?
— Est-ce qu'il peut aller tout seul aux toilettes ? Sinon, de quelle aide a-t-il besoin ?
— Peut-il se laver et s'essuyer les mains ? la figure ?
— Peut-il ouvrir ou fermer un robinet ?

Loisirs :
— Se sert-il de ses deux mains quand il joue ?
— Quelle sorte de jeux préfère-t-il ?
— Participe-t-il aux activités de la maison ?
— S'amuse-t-il seul ?
— A-t-il l'occasion de jouer avec d'autres enfants ?
— Apprécie-t-il leur compagnie ?
— Préfère-t-il jouer seul ? avec vous ?
— A-t-il un animal à lui ? comment s'en occupe-t-il ?
— A quels sports s'intéresse-t-il comme participant ?

Ces questions concernent les enfants qui ont une déficience organique :

Un enfant épileptique :
— Qu'est-ce qui peut provoquer la crise ?
— Comment l'enfant se comporte juste avant la crise ?
— Peut-on prévoir qu'il va en faire une ?
— Combien de temps dure la crise ?
— Comment se sent-il après la crise ?
— Qu'est-ce que vous devez faire durant et après la crise ?

Un enfant asthmatique :
— Y a-t-il des substances, des situations qui favorisent les crises ?
— Comment se manifeste la crise ?
— Combien de temps dure-t-elle ?
— Qu'est-ce que l'enfant fait ?
— Qu'est-ce que vous devez faire ?

Un enfant cardiaque :	— Quel type de malaise l'enfant peut-il ressentir ?
	— Quoi faire en cas de malaise ?
	— Y a-t-il des activités que l'enfant ne peut pas faire ?
Un enfant hémophile :	— Quoi faire en cas de saignement dû à une blessure ?
	— Quoi faire en cas de chute ? de coup sur la tête ? sur l'abdomen ?
	— Y a-t-il des activités que l'enfant ne peut pas faire ?

4.1.2 Observation

L'observation est une part importante de la tâche de l'éducateur. Il est nécessaire d'observer attentivement chaque enfant afin de connaître ses besoins particuliers, ses forces, ses faiblesses. Il est important aussi de situer l'enfant dans les différents domaines de son développement. Il vous faut observer pour comprendre les relations que les enfants ont entre eux et avec vous. Ces observations guideront le choix des activités, des méthodes et des attitudes qui répondent aux besoins des enfants. Elles deviendront aussi une base de discussion avec les autres agents de l'éducation. Tout ce processus est le même, que l'enfant soit handicapé ou non.

Il vous faut être particulièrement attentif aux effets de la déficience physique sur les différents aspects du développement de l'enfant et sur son comportement dans les activités que vous lui proposez. Plus l'enfant se trouve dans un contexte stimulant lui donnant l'occasion d'explorer et d'expérimenter, plus il change rapidement. Ces changements sont souvent plus évidents chez les enfants handicapés physiquement ; c'est pourquoi il est important d'observer l'enfant souvent et régulièrement.

Observer, c'est examiner et noter ce que dit ou fait l'enfant. Cependant, il ne s'agit pas de noter n'importe quel comportement ; certains sont plus significatifs que d'autres. Certains comportements peuvent s'observer occasionnellement chez la plupart des enfants d'âge préscolaire comme : sauter des mots, lancer un jouet, s'endormir durant la classe. Toutefois si l'un de ces comportements revenait souvent chez le même enfant ou se produisait toujours dans des circonstances similaires, il faudrait le considérer comme un indice significatif.

Vous devriez être capable de discerner les situations particulières où l'enfant a le plus besoin d'aide. Notez les comportements observés habituellement chez des enfants plus jeunes ou plus vieux. Notez comment l'enfant se comporte avec les autres dans différentes activités, comment il leur parle, comment il utilise son corps, ses bras, ses jambes, ses mains. Notez comment il se déplace, comment il tombe, quand est-ce qu'il perd l'équilibre, s'il se fatigue facilement. Est-ce qu'il hésite à participer à une nouvelle activité, à parler devant une personne étrangère ? Lors des jeux de table, notez comment l'enfant tient les objets, si ses mouvements sont coordonnés, comment il prend des petits objets, comment il tient son crayon, comment il associe ou classe les objets, les images, les formes. Révisez vos anciennes notes, comparez-les, elles vous indiqueront les progrès de l'enfant et ses difficultés persistantes.

Certains comportements peuvent résulter de l'état de santé de l'enfant (complications d'une maladie). L'enfant qui entre à la maternelle se trouve dans un nouvel environnement, avec de nouveaux amis et prêt à participer à de nouvelles activités. Cette situation provoque un changement dans ses habitudes et peut entraîner des réactions imprévisibles. Par exemple, la maternelle peut mettre un enfant asthmatique en contact avec de nouvelles substances allergènes qui, ajoutées à un état de fatigue ou d'insécurité plus grand, provoquera des difficultés respiratoires ou même des crises. Pour un enfant qui présente des problèmes cardiaques, la maternelle peut être pour lui l'occasion de faire plus d'exercices qu'à la maison. Ce surplus d'exercices peut entraîner une plus grande fatigue et avoir un impact sur son comportement. L'enfant peut se sentir étourdi, avoir des maux de tête, ou manifester de la somnolence. Il se peut que vous soyez la première personne à vous rendre compte de ce changement.

Si un enfant épileptique ou asthmatique fait une crise pendant qu'il est à l'école, il est important que vous notiez les indices significatifs : le moment, le type de comportement qu'il manifeste, le temps que dure la crise, si l'enfant manifestait des réactions de fatigue ou d'énervement par exemple.

Parfois l'enfant a besoin que sa médication soit changée. Durant la période d'ajustement, le médecin doit savoir comment l'enfant réagit à ces changements. On peut vous demander de collaborer en notant les changements de comportement de l'enfant.

Quel que soit le type de déficience organique, vos observations peuvent s'avérer très utiles, non seulement aux parents, au médecin ou à l'infirmière, mais aussi à vous pour vous aider à mieux planifier vos activités. En temps normal, ces enfants peuvent participer aux mêmes activités que les autres. Leur présence dans la classe ne nécessite aucune modification des activités. Toutefois, un comportement inhabituel peut survenir sans que vous puissiez le prévoir.

4.1.3 *Dépistage et évaluation*

Dépistage

L'éducateur n'a pas à dépister les enfants handicapés physiquement ni à formuler de diagnostics médicaux. Ce dépistage est fait par le milieu hospitalier et ce type de diagnostic exige une formation médicale poussée. Il se peut que certaines déficiences associées ou secondaires (sensorielles ou organiques, etc.) n'aient pas été dépistées et se manifestent lors d'activités à la maternelle. Ce dépistage exige une bonne connaissance des effets entraînés par les déficiences physiques sur les plans moteur, sensoriel, intellectuel, social et affectif, ainsi qu'une excellente connaissance du développement de l'enfant de la naissance à 6 ans.

Évaluation

L'éducateur doit pouvoir évaluer exactement les capacités et les limitations de l'enfant. Pour cela, il doit utiliser les moyens d'évaluation appropriés et synthétiser ces informations sous forme de bilan. Cette étape est indispensable à la planification de ses actions éducatives. D'abord, il faut voir si l'enfant se développe harmonieusement et déterminer l'importance et la cause des écarts possibles, tout en tenant compte des différences individuelles.

L'évaluation de l'enfant handicapé physiquement pose quelquefois des problèmes techniques dans le choix des instruments et dans l'interprétation des résultats. Lorsqu'un enfant présente à la fois des troubles moteurs aux membres supérieurs

et des troubles de langage, quels instruments faut-il choisir ? Comment interpréter les résultats d'un enfant qui présente en plus de sa déficience motrice, des troubles sensoriels, perceptivo-moteurs, linguistiques ou autres ? Quelle est l'importance réelle des répercussions psychologiques de la déficience ?

Dans le contexte d'un programme d'éducation basé sur des objectifs de développement, l'évaluation doit permettre d'identifier le niveau de développement de l'enfant. Les échelles de développement sont certainement des instruments à privilégier. C'est pourquoi nous avons cru bon d'annexer au document, un tableau du développement moteur de la naissance à 6 ans. Il est évident que les enfants handicapés physiques risquent de manifester des retards dans leur développement moteur ; mais ces retards n'entraînent pas nécessairement des problèmes d'apprentissage. Il ne faut jamais sous-estimer les capacités de compensation des enfants. Cette chronologie d'acquisition motrice devrait aider l'éducateur à structurer son plan d'intervention, en prévoyant les acquisitions futures (probables mais non certaines).

Dans certains cas, l'éducateur approfondira les informations sur certains aspects du développement au moyen d'instruments plus précis et plus spécifiques.

Une mise en garde s'impose en ce qui concerne les épreuves prédictives de l'apprentissage de la lecture ou de tout autre apprentissage scolaire. Ces épreuves indiquent si l'enfant est prêt ou non à apprendre à lire. On a souvent vu des enfants qui, malgré des troubles graves de l'organisation spatiale et malgré de très pauvres résultats dans ces épreuves, ont appris à lire très convenablement.

L'évaluation de l'enfant devrait tenir compte de toutes les informations disponibles, y compris les observations faites en classe, les informations fournies par les parents, et celles déjà présentes dans le dossier de l'enfant.

Tableau no 5

OBSERVATION ET ÉVALUATION DE L'ENFANT

POURQUOI	QUOI	QUAND	FORME	À QUI IL S'ADRESSE
1. Pour bien connaître l'enfant de manière à mieux répondre à ses besoins particuliers.	Les caractéristiques spécifiques dans différents aspects du développement.	Au début de l'année.	Dossier individuel.	À tous les agents de l'éducation.
2. Pour comprendre ce qui se passe en classe avec un enfant ou entre plusieurs enfants, afin d'entreprendre une action éducative appropriée ou juger de l'action entreprise.	Les comportements significatifs, inhabituels, nouveaux, vis-à-vis de lui-même, des autres et de l'environnement (faits anecdotiques).	Quotidiennement.	Journal, fiches, etc.	Réservé à l'éducateur ou l'éducatrice.
3. Pour rendre compte de l'évolution de l'enfant.	Les capacités et les faiblesses en rapport avec les domaines de développement.	Périodiquement.	Bulletin.	Parents.
4. Pour diagnostiquer certaines difficultés.	Les aspects particuliers du développement en rapport avec les indices perçus.	Au besoin.	Rapport.	À l'éducateur ou l'éducatrice.
5. Pour répondre à une demande précise ou adresser l'enfant à un spécialiste.	La synthèse des éléments précédents.	À la demande ou au besoin.	Rapport ou dossier.	Spécialistes, enseignants spécialisés.

5e CHAPITRE

5. LES AGENTS DE L'ÉDUCATION

L'enseignant

Au préscolaire, l'éducateur est le principal agent de l'éducation à s'occuper de l'enfant handicapé physiquement. Il en a la responsabilité directe. C'est aussi celui qui, à l'école, est le lien entre l'enfant, ses parents et les autres éducateurs. Il doit rendre compte aux parents des progrès de l'enfant et collaborer avec ceux-ci à l'éducation de leur enfant. Dans le cas de l'intégration, il a à recevoir l'enfant, à évaluer ses capacités et ses besoins et à élaborer les moyens d'y répondre adéquatement. Il a aussi un rôle à jouer auprès des autres agents de l'éducation. L'intégration implique que les intervenants de l'école (principal, enseignants, élèves, parents, etc.) soient sensibilisés, qu'ils acceptent la présence de l'enfant handicapé au point de désirer et de rechercher les contacts avec lui. L'intégration n'est jamais une conséquence directe de la présence physique de l'enfant, elle nécessite tout un processus de sensibilisation et d'information du milieu. L'éducateur nous semble le mieux placé pour appuyer une telle action. Il doit aussi faire part à la direction du déroulement de l'intégration de l'enfant, des besoins, des difficultés et des attentes.

Les parents

La collaboration des parents est indispensable à l'intégration scolaire. Il faut qu'ils soutiennent l'enseignant, l'informent sur ce qui caractérise leur enfant, surveillent ses apprentissages, encouragent et facilitent les efforts de part et d'autre. Ils sont pour l'enseignant la principale personne-ressource.

Les parents peuvent aussi participer activement à la vie de l'école par l'intermédiaire du comité d'école et sensibiliser les agents de l'éducation à la situation vécue par l'enfant handicapé physiquement. Les parents doivent collaborer avec l'école. Ils peuvent être aussi d'excellents collaborateurs dans la classe.

Les personnes-ressources

Les principales personnes-ressources, en ce qui concerne l'enfant handicapé physiquement, composent l'équipe médicale qui suit l'enfant ou qui est rattachée à l'école.

Dans les conditions actuelles, les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie ne peuvent pas toujours être donnés à l'école ordinaire ; dans certains milieux scolaires, les contrôles réguliers imposés à certains enfants sont faits par une équipe itinérante. Dans ce cas, l'ergothérapeute peut aider utilement l'éducateur pour ce qui est du «positionnement», des problèmes de manipulation ou du développement des capacités fonctionnelles.

Certains soins mineurs (injections journalières, pansements, soutien psychologique) peuvent être assurés par les professionnels déjà dans l'école (l'infirmière, le psychologue, ...). Les troubles du langage peuvent aussi être traités sur place par l'orthophoniste-audiologiste.

Les professionnels non enseignants (psychologue, travailleur social, infirmière, conseiller pédagogique, etc.) doivent apporter le maximum d'aide et de ressource à l'éducateur qui s'occupe de l'enfant handicapé.

Certains milieux peuvent disposer aussi de personnes-ressources itinérantes s'occupant spécialement des enfants handicapés physiquement. Celles-ci peuvent donner des informations sur la nature du handicap, ses conséquences et les raisons qui militent en faveur de l'intégration de l'enfant. Elles peuvent aider l'éducateur à identifier les capacités et les limitations de l'enfant. Le professeur itinérant peut aussi servir d'agent de liaison entre l'éducateur et les autres personnes-ressources.

Le directeur

Il faut au directeur de l'école de la souplesse et de l'ingéniosité pour contourner et résoudre les difficultés d'ordre matériel et administratif ; il doit aussi soutenir son équipe et faciliter la participation des autres agents de l'éducation. Pour certains enfants, il devra tenir compte de l'accessibilité physique à l'école et faire effectuer les adaptations et modifications qui s'imposent (poser des rampes d'accès là où il y a des escaliers par exemple).

Le personnel de soutien

Si l'enfant handicapé est limité dans ses déplacements, s'il a besoin d'aide pour aller aux toilettes ou s'habiller, une personne (soit un employé de l'école ou un bénévole) doit toujours être disponible pour aider l'enfant. Cette tâche supplémentaire ne peut revenir uniquement à l'éducateur. Celui-ci ne peut évidemment pas aller aux toilettes avec cet enfant, en laissant les autres enfants seuls dans la classe.

Les pairs

Les enfants de la maternelle, lorsqu'ils sont bien préparés à recevoir un camarade handicapé, l'accueillent chaleureusement et font tout leur possible pour l'assister. En général, ils aident l'enfant à se déplacer (en poussant son fauteuil roulant par exemple) ou dans les activités demandant une certaine indépendance comme s'habiller, ranger des objets, ouvrir la porte, etc.

CONCLUSION

Après la lecture de ce document, il serait difficile de penser que le vrai handicap de l'enfant réside surtout dans les problèmes de déplacement ou d'accessibilité physique. Les béquilles et le fauteuil roulant sont des éléments bien secondaires à côté de la dépendance physique et psychologique de l'enfant et en comparaison des difficultés d'acceptation de cette déficience par lui-même et par son entourage. Ces aspects relèvent de l'éducation. Une déficience motrice au niveau du langage ou du regard peut handicaper l'enfant bien plus sérieusement sur le plan scolaire que le fait de devoir se rendre à l'école en fauteuil roulant.

En général, les jeunes enfants ignorent les stéréotypes discriminatoires et acceptent immédiatement le nouveau venu. L'éducation a avantage à prendre exemple sur eux, car un tel accueil est la condition essentielle à l'acceptation sincère et durable d'un enfant handicapé. Il ne suffit pas d'admettre un enfant dans sa classe et de le considérer comme les autres ; vous risqueriez alors de nier les avantages comme les inconvénients, les qualités et les forces comme les difficultés. Prenez le temps de faire connaissance avec lui.

Les activités de la maternelle offrent bien des occasions de découvertes pour lui et pour vous. Apprenez à les partager ; vous en retirerez joie et satisfaction. Puisez en vous les ressources nécessaires pour surmonter les obstacles.

BIBLIOGRAPHIE

LE PETIT ROBERT, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Société du nouveau Littré, 1977.

Ministère de l'Éducation, «L'École québécoise, énoncé de politique et plan d'action». Gouvernement du Québec, 1979, 163 p.

Ministère de l'Éducation, Document de sensibilisation, «L'ENFANT PHYSIQUEMENT HANDICAPÉ A-T-IL SA PLACE À L'ÉCOLE». Gouvernement du Québec, 1980, 37 p., 16-1508.

Ministère de l'Éducation, «Programme d'éducation préscolaire». Gouvernement du Québec, 1981, 43 p., 16-1080.

VOLUMES SUGGÉRÉS

BIGGE, J. L. & O'DONNEL, P. A. **Teaching Individuals with Physical and Multiples Disabilities**, Charles E. Merrill Publ. Comp. A. Bell & Howell Co., Toronto, 1976.

Guide pédagogique des plus complets concernant l'enseignement individualisé aux handicapés moteurs du niveau préscolaire jusqu'à l'intégration sur le marché du travail.

BLECK, E. E. & NAGEL, D. A. Physically Handicapped Children, A medical Atlas for Teachers, Grune and Stratton Eds., N.-Y., 1975.

Cet atlas médical, conçu spécialement pour les enseignants, présente une description des déficiences physiques les plus courantes en des termes très accessibles ainsi que les répercussions de ces déficiences dans la vie scolaire.

CONNOR, F. P. The education of crippled children, Cruickshank, Johnson éditeurs, **Education of Exceptional Children and Youth**, second edition, Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs. N.J. 1963, 623 p.

Livre de base pour ceux qui veulent comprendre les répercussions des déficiences motrices sur le fonctionnement cognitif de l'enfant.

FINNIE, N. R. **Éducation à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral**, Eds. Masson et Les presses de l'Université Laval, Paris (Québec), 1979.

Ce livre est conçu spécialement pour les parents, mais il présente toute une série d'informations et de suggestions très utiles pour la jardinière principalement pour tout ce qui concerne les déplacements, les positions, les jeux, les activités de vie quotidienne comme la toilette, l'alimentation, l'habillage, etc.

LIERAN, S. S., CONNOR, F. P., VON HIPPEL, C. S. & JONES, S. J. **Mainstreaming Preschoolers**: Children with Orthopedic Handicaps, U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 20102.

Guide pédagogique conçu pour faciliter l'intégration d'enfants handicapés moteurs dans un «Head Start». Il fournit une information simple et des suggestions très concrètes en vue d'un plan d'intervention bien structuré et faisant appel à toutes les ressources du milieu (américain).

Ce document fait partie d'un ensemble dont chaque document concerne un type de handicap. L'un d'eux porte sur les enfants qui ont des problèmes de santé.

Preschool Learning Activities for the Physically Disabled : A guide for Parents. State Board of Education Illinois.

Document qui s'adresse aux parents d'enfants handicapés physiques. Il explique ce que l'enfant peut faire par lui-même et présente toute une série d'activités que les parents peuvent réaliser à la maison avec l'enfant. La plupart de ces activités sont aussi réalisables dans une maternelle.

ANNEXE 1

DÉVELOPPEMENT MOTEUR DE 0 À 6 ANS

DÉVELOPPEMENT MOTEUR DE 0 À 6 ANS

ÂGE CHRONOLOGIQUE	MOTRICITÉ GROSSIÈRE	MOTRICITÉ FINE	ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	PERCEPTION
1 MOIS	— sur le ventre: tête tournée d'un côté, bassin surélevé, genoux pliés sous l'abdomen — sur le dos: suit un objet déplacé de côté — assis: lorsqu'on le tire assis la nuque est hypotonique, la tête tombe vers l'arrière; si on le tient assis la tête tombe vers l'avant — debout: marche automatique (2 - 3es semaines)	— réflexe d'agrippement fort — met la main à la bouche — mains généralement fermées		
2 MOIS	— sur le ventre: tient la tête en position médiane; soulève le menton de son lit et le visage se trouve à 45° du plan du lit — sur le dos: sa tête est souvent sur le côté — assis: tiré assis la tête est maintenue droite de façon intermittente; début du contrôle de tête	— mains généralement ouvertes — réflexe d'agrippement discret		
3 MOIS	— sur le ventre: bassin à plat; le visage se trouve entre 45 et 90° du plan du lit — sur le dos: rassemble ses 2 plantes de pieds; la tête est maintenue au centre; les bras sont ramenés au centre; il suit un objet en bougeant la tête sur 180° — assis: sa tête est droite le plus souvent; tendance à tomber en avant — debout: commence à mettre du poids sur ses jambes	— réflexe d'agrippement disparu — joue avec un hochet placé dans sa main pendant quelques secondes — tire sur ses vêtements de façon automatique — les mains sont ouvertes		
4 MOIS	— sur le ventre: thorax relevé, plan du visage à 90° du plan du lit; les membres s'étendent en esquissant un mouvement de natation, tout le poids restant sur l'abdomen — sur le dos: la plante des pieds repose sur le lit, à plat — assis: discrète hypotonie de la nuque en début de mouvement lorsque l'enfant est tiré en position assise; tête un peu branlante lorsque l'on bouge le bébé; seule la région lombaire est voûtée — debout: se lève sur la pointe des pieds	— met les mains ensemble — tente d'atteindre un objet mais le dépasse — joue longtemps avec un hochet et l'agite	— repousse la nourriture lorsque celle-ci est placée devant la langue (réflexe de protusion de la langue)	

DÉVELOPPEMENT MOTEUR DE 0 À 6 ANS

ÂGE CHRONOLOGIQUE	MOTRICITÉ GROSSIÈRE	MOTRICITÉ FINE	ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	PERCEPTION
5 MOIS	— sur le ventre: le poids repose sur les avant-bras — sur le dos: porte le pied à la bouche; essaie de tourner sur le côté — assis: plus d'hypotonie de la nuque; plus de branlement de la tête; il se tient droit	— saisit l'objet présenté volontairement — joue avec ses orteils — porte les jouets à sa bouche		
6 MOIS	— sur le ventre: le poids repose sur les mains; les bras sont tendus; thorax et haut de l'abdomen se soulèvent; roule du ventre au dos — assis: tire assis à l'arrière sa tête — debout: supporte presque tout son poids	— tient son biberon — laisse tomber un objet lorsqu'on lui en présente un 2e — approche l'objet avec une seule main	— mastique — boit à la tasse ou au verre — tient son biberon — ne boit qu'une gorgée à la fois	
7 MOIS	— sur le ventre: supporte tout son poids sur les mains; peut lever un bras pour atteindre un objet — sur le dos: la posture est symétrique; soulève la tête s'il veut s'asseoir — assis: se tient assis en utilisant les mains comme support — debout: aime la position debout; fait des bonds	— transfère l'objet d'une main à l'autre — frappe les objets sur la table — garde le 1er jouet lorsqu'un second lui est donné		
8 MOIS	— sur le ventre: rampe; elle ne se déplace pas; pivote sur le tronc — assis: se maintient assis quelques instants sans l'aide des mains — debout: reste debout en se tenant			
10 MOIS	— sur le ventre: rampe — assis: peut s'asseoir tout seul, se remettre sur le ventre, puis se rasseoir — debout: se penche en se tenant	— apparition de l'adduction du pouce — prend de petits objets entre le pouce et les autres doigts — il se dirige vers un objet en pointant son index dans la direction de l'objet — offre un objet mais le retient — tape des mains après démonstration	— commence à manger avec ses doigts — aide à tenir le verre	
	— sur le ventre: se déplace à quatre pattes — assis: s'assoit et pivote — debout: lève un pied	— met successivement plusieurs objets dans un panier — lâche un objet pour le donner		

DÉVELOPPEMENT MOTEUR DE 0 À 6 ANS

ÂGE CHRONOLOGIQUE	MOTRICITÉ GROSSIÈRE	MOTRICITÉ FINE	ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	PERCEPTION
12 MOIS	— sur le ventre: marche comme un ours: plante du pied et paume de la main par terre — debout: marche tenu d'une seule main	— cesse pratiquement de porter tous les objets à la bouche — lasse tomber les objets sur le sol — essaie d'empiler les objets	— mange avec ses doigts	
15 MOIS	— assis: s'assoit seul sur une chaise — debout: monte l'escalier en rampant, se met debout sans aide; s'agenouille sans support; ne peut contourner les angles, ni arrêter brusquement	— construit une tour de 2 ou 3 cubes — tient 2 cubes dans une seule main — aide à tourner les pages d'un livre — insère de petites chevilles dans une planche trouée	— prend la tasse — pose la tasse sans trop renverser son contenu — se nourrit seul sans aide mais aime beaucoup utiliser ses doigts — tourne la cuillère devant la bouche — prévient sa mère qu'il veut utiliser le pot	
18 MOIS	— peut descendre et monter les escaliers sans aide — n'alterne pas les 2 jambes en montant ou en descendant — pousse ses jouets	— construit une tour de 3 à 4 cubes — activités bilatérales: une main stabilisée, l'autre manipule — gribouille avec une craie	— ne tourne plus sa cuillère lorsqu'il la porte à la bouche — mange avec une cuillère avec dégâts — collabore à l'habillage tend les bras et les jambes — enlève ses bas, ses chaussures, ses gants — sait ouvrir une fermeture éclair — propre le jour, accidents occasionnels	— formes: imite le gribouillage vertical — conscience du corps: pointe à quelques parties du corps, ex.: parties du visage
2 ANS	— descend et monte les escaliers seul — recule — ramasse les objets sur le sol sans tomber — court — tape une balle sans perdre l'équilibre	— construit une tour de 6 — 7 cubes — tourne la poignée de porte — dévisse les couvercles	— tient le verre d'une main — mastique bien — met et enlève ses chaussures, ses chaussettes, son pantalon — remonte une fermeture éclair si les 2 côtés sont réunis — propre la nuit généralement — indique qu'il veut uriner mais à la dernière minute	— formes: imite le trait horizontal; gribouille — conscience du corps: pointe plusieurs parties de son corps — espace: connaît assis — debout — haut — bas
2 1/2 ANS	— saute avec les 2 pieds — peut marcher sur la pointe du pied — court	— tient correctement le crayon — commence à dessiner		

DÉVELOPPEMENT MOTEUR DE 0 À 6 ANS

ÂGE CHRONOLOGIQUE	MOTRICITÉ GROSSIÈRE	MOTRICITÉ FINE	ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	PERCEPTION
3 ANS	— saute d'une marche — monte l'escalier en ne posant qu'un seul pied sur la marche — descend l'escalier en posant les 2 pieds sur la marche — reste sur 1 jambe quelques secondes — conduit un tricycle	— construit une tour de 9 à 10 cubes — visse un couvercle — fait des encoches avec les ciseaux et tient seul le crayon — fait un saucisson avec de la pâte à modeler en la roulant sur la table	— manipule la cuillère avec une bonne rotation du poignet, renverse rarement — utilise fourchette — s'habille seul complètement sauf pour boutons placés au dos et petites attaches — met ses chaussures et se trompe parfois de pied — déboutonne ses boutons placés sur le côté et le devant — peut aller aux toilettes seul mais ne peut s'essuyer — lave et sèche ses mains seul — brosse ses dents avec supervision — se mouche seul sur demande	— formes: copie trait horizontal, copie trait vertical, copie le cercle; réussit casse-tête de deux morceaux — conscience du corps: ajoute quelques parties manquantes au dessin du bonhomme; copie au miroir des positions simples sans croiser la ligne médiane — couleurs: associe les couleurs — grandeurs: reconnaît plus grand, plus petit — espace: imite un pont avec 3 blocs; connaît bien avant, arrière, dessus, dessous
4 ANS	— descend l'escalier en ne posant qu'une jambe sur la marche avec appui — sautille sur 1 pied — marche sur les talons	— fait l'opposition du pouce aux autres doigts — fait une boule de pâte à modeler en la roulant entre les mains — découpe sur une ligne droite d'environ 1 cm — le mouvement du crayon est réalisé avec le poignet et les doigts, très peu avec le membre supérieur — préhension adulte pour tenir le crayon	— boit avec une paille — distingue l'avant — arrière de ses vêtements — va aux toilettes seul, avertit lorsqu'il a fini — brosse ses dents	— formes: copie le cercle fermé, copie la croix, quelques erreurs angulaires; imite le carré, 1 côté droit et un demi-cercle; copie à diagonale; copie le carré 4 côtés définis — conscience du corps: dessine bonhomme têtard; copie en miroir une position corporelle simple asymétrique; donne la fonction de quelques parties du corps — couleurs: connaît ses couleurs — grandeurs: réussit un encastrement de 6 formes de différentes grosseurs avec essais erreurs — espace: comprend les termes: près, loin, à côté de.
5 ANS	— saute sur les 2 pieds — peut lancer le ballon avec un lancer d'adulte — attrape un ballon et s'ajuste selon la direction du ballon — attrape une balle avec les 2 mains — commence à faire bondir un ballon — descend l'escalier en alternant sans appui	— découpe le contour d'une forme simple — trace un patron simple à l'intérieur d'une carte perforée en suivant l'ordre successif des trous — trace une ligne dans une route — joint 2 points par un trait — passe sur une ligne pointillée	— utilise le couteau pour beurrer son pain — lace bien ses souliers — fait le noeud et la boucle — indépendant à la toilette — se lave seul — se mouche seul	— formes: copie le triangle; copie le X; copie une figure comprenant 2 formes géométriques; — conscience du corps: copie une position en miroir ou un bras croisé la ligne médiane; dessin du bonhomme, tronc avec membres attachés au tronc; — couleurs: connaît toutes les couleurs primaires et secondaires — temps: connaît l'ordre des événements d'une journée

ANNEXE 2

LEXIQUE

Anarthrie :

L'anarthrie est un trouble de l'articulation des sons résultant d'une lésion des centres moteurs du langage au niveau du cortex cérébral.

Aphasie :

Il s'agit d'une perte ou d'un trouble de compréhension ou d'élocution du langage parlé ou écrit consécutif à une lésion des centres nerveux correspondants.

Aphasique :

Ce mot désigne une personne ayant un problème d'aphasie.

Apraxie :

Incapacité pour un enfant d'accomplir des gestes volontaires et cela bien que ses fonctions sensorielles et motrices puissent fonctionner correctement.

Hémiplégique :

Une personne paralysée du côté opposé à l'hémisphère cérébral traumatisé souffre d'hémiplégie.

Incapacité fonctionnelle :

Il s'agit d'une perte de capacité en ce qui concerne la locomotion et le mouvement.

Mutité :

C'est l'état de celui qui est muet.

Nystagmus :

Ce mot désigne les mouvements involontaires du globe oculaire.

Parésie :

Une parésie consiste en une diminution de la force musculaire.

Positionnement :

On emploie ce mot dans le domaine de l'éducation des enfants handicapés physiques pour désigner les positions corporelles possibles d'un jeune en activité et cela en tenant compte des limitations qu'entraîne sa déficience.

Praxique :

Ce qui touche à la praxie, c'est-à-dire à la coordination normale des mouvements.

Réadaptation fonctionnelle :

Il s'agit d'un programme d'activités de réadaptation qui a comme objectif de faire recouvrer à un individu ses capacités physiques pour accomplir certaines tâches.

Schème moteur :

On emploie ce terme pour désigner une représentation mentale simplifiée du déroulement d'une action ou d'une séquence d'actions. Cette représentation dépasse l'image concrète et précède le concept abstrait.

Pour ces définitions nous nous sommes inspirés du Petit ROBERT.

ROBERT, Paul : Le Petit ROBERT. Société du nouveau Littré, Paris 1977.

Les personnes qui ont collaboré à la réalisation de ce document

Responsable de la production :	
Normand Ducharme	Service de l'adaptation scolaire
Membres du comité consultatif :	
Alain Beaudoin	Université du Québec à Montréal
Sylvie Beaulieu	Centre Cardinal Villeneuve
[illegible] Côté	Commission des écoles catholiques de Montréal
[illegible] Fin-Cul [illegible]	Direction régionale Abitibi-Témiscamingue
Ron [illegible]	École de design industriel
Louise Paré	Commission des écoles catholiques de Montréal
Nicole Ranger-Durocher	Commission des écoles catholiques de Montréal
Suzanne Tremblay	Université du Québec à Rimouski
Keila Waksvick	Mackay Center for Deaf & Crippled Children
Personnes ressources :	
Thérèse Tremblay	Service de l'adaptation scolaire (1983)
Daniel Trottier	Service de l'adaptation scolaire